

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Medecine et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Education :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

Déclaration de Maladie : N° P19-0002012

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5044 Société : RAN

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : KERDOUN Noha Ned Date de naissance : 12-06-63

Adresse : KERDOUN9@GMAIL.COM

Tél. : 0661193876 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Glaucome Chronic

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
Actes 15/15	CS	—	0	Dr. Rachid AIT AISSI Ophthalmo logist Angle Rue Med Baffet Rue Mansour Quartier Palmier - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. LALAM PIW ARMACIA PIW IN BEBA Ref. 022-15-55.20	12/09/19	471,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
<i>AL MADINA</i> Caisse Anglo Rue Med Bahi et Rue Mansour Quartier Palmier - Casablanca Tél: 05 22 77 77 4049 - Fax 05 22 25 0011	12/09/15	5 CT	1250 DHS

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		Coefficient

O.D.F
PROTHESES DENTAÎRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

The diagram shows a 10x10 grid of numbered circles. The numbers range from 1 to 8, with some values appearing multiple times. The grid is bounded by a thick black border. Arrows at the corners point outwards from the grid: a black arrow points up from the top-left circle, a red arrow points left from the top-middle circle, a blue arrow points down from the top-right circle, and a green arrow points right from the bottom-middle circle. The grid contains the following numbers:

- Row 1: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- Row 2: 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1
- Row 3: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- Row 4: 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1
- Row 5: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- Row 6: 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1
- Row 7: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- Row 8: 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1
- Row 9: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- Row 10: 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE AL MADINA

Centre d'Ophtalmologie

Docteur Rachid ZAFAD

Ophtalmologiste

Diplômé de la faculté de Médecine de Paris VII

Chirurgie Vitréo - rétinienne



مصحة المدينة

مركز أمراض وجراحة العيون

الدكتور رشيد زفاص

إختصاصي في طب العيون

خريج كلية الطب بباريس

جراحة الجسم الزجاجي والشبكي

ORDONNANCE

12 septembre 2019

Mr. KERDOUN Mohammed

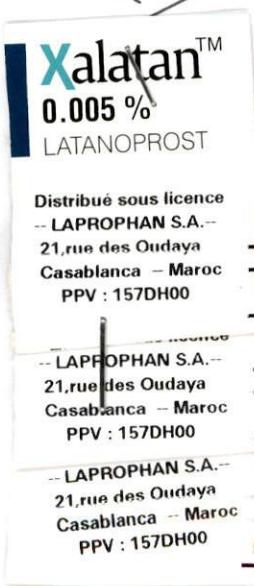
152,2+3

1/ XALATAN COLLYRE

S.V

1 goutte par jour le soir à 21h, 3 Mois

$T = 474,2$



PHARMACIE RIZK
Dr. RACHID ZAFAD
6, PL. XALATAN, Casablanca
AIN SEBA, Casablanca
Tel.: 022.35.85.20

DR Rachid ZAFAD
Ophtalmologiste
Angle Rue Med Bahi et Rue Mansard
Quartier Palmier - Casablanca

Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard (en face du Lycée le Cèdre), Quartier Palmiers

Tél : 05 22.77.77.40 à 49 (LG) / 05 22 25 00 02 - Fax : 05 22.25.00.01 - CASABLANCA

E-mail : cliniquealmadina@oeil.ma - I.F n°:1007171 - Patente: 34782425