

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.

Radiologie 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.

Rééducation :

- 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

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W19-496420

32777

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricule : 1977 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BELGHITI ALAOUI Abdellaziz

Date de naissance : 31/7/1951

Adresse : 95, Bd oued oum Rabii oufia CASA

Tél. : Total des frais engagés : 1077,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/08/2019

Nom et prénom du malade : Dr. CHAKIB Abderrahim

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Cat cœacto Secondaire

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 : 13/07/2020

Signature de l'adhérent(e) : AM

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
1/6/20	CD		6	INP : 001234567 استاذ في أمراض وجراحة العين Dr. CHAKIB Abderrahim * CLINIQUE AL MADINA مصحة المدينة Professeur - Ophtalmologiste

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. CHAKIB Abderrahim * Professeur - Ophtalmologiste	1/6/20	110

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. CHAKIB Abderrahim * Professeur - Ophtalmologiste	1/6/20	1000.00	1000.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :												
				INP : []												
				Coefficient des travaux []												
				Montants des soins []												
				Début d'exécution []												
				Fin d'exécution []												
				Coefficient des travaux []												
				Montants des soins []												
				Date du devis []												
				Date de l'exécution []												
ODF PROTHESES DENTAIRES																
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>					H	21433552	00000000	00000000	D	00000000	35533411	11433553	G		B	
H	21433552															
00000000	00000000															
D	00000000															
35533411	11433553															
G																
B																
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>					H	21433552	00000000	00000000	D	00000000	35533411	11433553	G		B	
H	21433552															
00000000	00000000															
D	00000000															
35533411	11433553															
G																
B																
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

CLINIQUE AL MADINA

Docteur Abderrahim Chakib

Proffesseur d'Ophthalmologie

Ophtalmo - diabétologie

Maladies de la Rétine et Cataracte

Chirurgie des yeux



مصحة المدينة

الدكتور عبد الرحيم شكيب
أستاذ في أمراض وجراحة العيون
داء العينين بالسكري و داء جلاله
أمراض الشبكية وجراحة العيون

04 juin 2020

ORDONNANCE

Mr. BELGHITI ALAOUI ABDELAZIZ



1/ DEXAFREE COLLYRE

1 goutte 4 fois par jour, dans l'œil gauche, pendant 1 Mois



Dexafree 1 mg/ml

Collyre en solution en récipient unidose

Boîte de 30 récipients unidoses de 0,4 ml

ديكسافري 1 ملغم/مل

محلول قطرات العين في وعاء أحادي الجرعة

علبة تحتوي على 30 وعاء أووعية أحادي الجرعة بسعة 0,4 مل.

Sans conservateur

بدون مواد حافظة



F A C T U R E

N° : 5382 B / 2020 du 04/06/2020

LASER YAG

Nom patient	BELGHITI ALAOUI ABDELAZIZ	Entrée	04/06/2020
	PAYANT	Sortie	04/06/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
-----------------------------	--------	------------	---------------	---------

FRAIS CLINIQUE	LASER YAG	1,00	500,00	500,00
<i>Sous-Total</i>				500,00

PR. CHAKIB ABDERRAHIM (ophtalmo)	LASER YAG	1,00	500,00	500,00
<i>Sous-Total</i>				500,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> MILLE DIRHAMS	Total	1 000,00

CLINIQUE AL MADINA
 Angle Rue Mohamed Bahi et
 Rue Mansard Quartier Palmiers
 Casablanca
 Tel: 05 22 77 40 a 49 - Fax: 05 22 25 00 01
 TEL: 05 22 77 40 Fax: 05 22 25 00 01 RC: 407991 TP: 34782425 IE: 1007171 ICE: 001630200000996 CNSS: 7582358