

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

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

diologie 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.

ptique :

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

éducation :

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 canalaires, 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 canalaires.

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.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2634 Société : RAV

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : KERMANI ABDELMALIK

Date de naissance : 06.09.1957

Adresse : 62 BD MY ISMAIL APP 22 ETAGE

R. N. CENSA

Tél. 0689374880 Total des frais engagés : 1077.6 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/04/2021

Nom et prénom du malade : KERMANI ABDELMALIK Age: 1957

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : 27/04/2021

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
01/04/2021	CS	Cr	300.00	DR. EL AIAOUN Sadi
02/04/2021	C2+ECC		250.00	DR. EL AIAOUN Sadi
02/04/2021				DR. EL AIAOUN Sadi

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. EL AIAOUN Sadi	06-04-2021	127.60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
DR. EL AIAOUN Sadi	14/04/2021	104.00	600.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

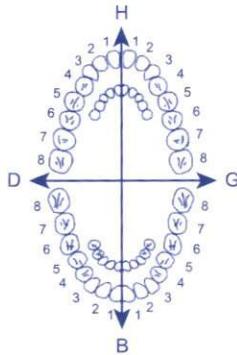
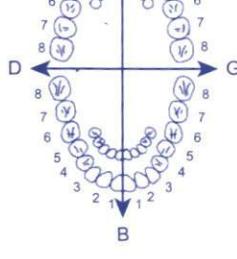
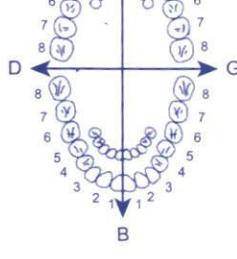
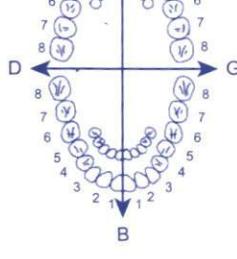
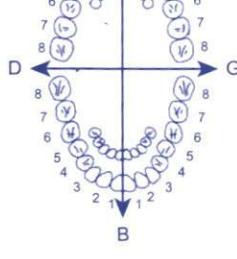
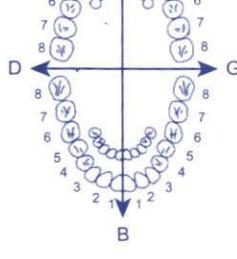
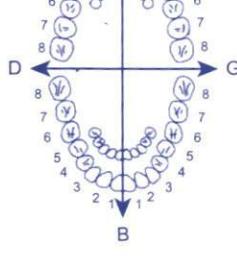
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

(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

Docteur Saida EL ALAOUI

Ophthalmologiste

Ancienne interne et attachée au
CHNO des QUINZE-VINGTS Paris

Diplômée de l'Université P. et M. Curie Paris VI

الدكتورة سعيدة العلوي
طب العيون

طبيبة سابقة بالمركز الاستشفائي الوطني

طب العيون 20-15 بباريس

خريج جامعة باريس 6

Casablanca, le 06 avril 2021

Mr. KERMANI Abdelmalek

2460

FRAKIDEX



FRAKIDEX
Collyre 5ml
ZENITH PHARMA
PPV. 24.80 DHS
AMM n°218/16 DMP/21/NRQ

LOT: عبار/ H6147
FAB: تاریخ الانتاج 05-2020
EXP: تاریخ الإنتهاء 04-2022

58,00

INDOCOLLYRE 0,1%



INDOCOLLYRE 0,1%
Collyre 5ml
ZENITH PHARMA
PPV. 58.00 DHS
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM

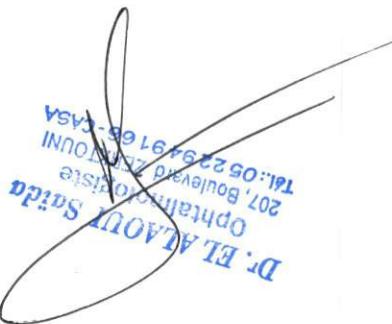
LOT: عبار/ H5811
FAB: تاریخ الانتاج 02-2020
EXP: تاریخ الإنتهاء 07-2021

45,00

PANSEMENT OCULAIRE



~ = 127,60



Docteur Saida EL ALAOUI

Ophtalmologiste

Ancien Interne et Attachée au

CHNO des QUINZE-VINGTS Paris

Diplômée de l'université P. et M. Curie Paris VI

الدكتورة سعيدة العلوي

طب العيون

طبيبة سابقة بالمركز الاستشفائي الوطني

لطب العيون 15.20 بباريس

خريجة جامعة باريس 6

Casablanca, le jeudi 1 avril 2021

Monsieur KERMANI Abdelmalek

CONSULTATION PREANESTHESIE

CATARACTE OG

CLINIQUE RACHIDI 0522276141 /0522278260

Dr. EL ALAOUI Saida
Ophtalmologiste
207, Boulevard ZERKTOUNI
Tél.: 05 22 94 91 66 - CASA

NEUROCHIRURGIE-NEUROLOGIE
OTORHINOLARYNGOLOGIE et
CHIRURGIE MAXILLOFACIALE
OPHTALMOLOGIE
REANIMATION MEDICO-CHIRURGICALE
LASER Co₂ - ARGON - YAG
SCANNER SPIRALE
IMPLANTATION COCHLÉAIRE
DIAGNOSTIC ET BILAN DE SANTE

جراحة وأمراض الرأس والدماغ والعمود الفقري
جراحة الأذن والأنف والحنجرة
جراحة الوجه والعنق
جراحة وأمراض العيون
الإنعاش الطبي والجراحي
جهاز الليزر
جهاز السكابير الحسماي الكلي
زرع قوقعة الأذن
التشخيص والتحليلات

02-204-2024

NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur

Dr. BENNIS Rachid
Anesthésiste Réanimateur
43, Bd. Rachidi - Casablanca

a l'honneur de présenter ses meilleures salutations à

M^{me}

KEFIRMANI

ABD ELMALEK

et lui adresse selon l'usage, sa note d'honoraires, pour un acte coté : C₂ + ECA

Consultation pré-anesthésique

Soit la somme de : 250⁵¹

Deux cent cinquante,-

DHS

Dr. BENNIS Rachid
Anesthésiste Réanimateur
43, Bd. Rachidi Casablanca

cachet et signature



Docteur Saida EL ALAOUI

Ophtalmologiste

Ancien Interne et Attachée au

CHNO des QUINZE-VINGTS Paris

Diplômée de l'université P. et M. Curie Paris VI

الدكتورة سعيدة العلوي

طب العيون

طبيبة سابقة بالمركز الاستشفائي الوطني

لطب العيون 15.20 بباريس

خريجة جامعة باريس 6

Casablanca, le jeudi 1 avril 2021

Monsieur KERMANI Abdelmalek

NOTE HONORAIRE

CATARACTE OEIL GAUCHE

ECHOGRAPHIE OCULAIRE + CALCUL IMPLANT

K40

MONTANT TROIS CENTS DIRHAMS

Dr. EL ALAOUI Saida
Ophtalmologiste
207, Boulevard ZERKTOUNI
Tél: 05 22 94 91 66 - CASA

Patient

Nom: KERMANI, ABD

ID: ABDELMALEK

Type: Phaque

CA 2 70

LA 22 96

K1 42 50

K MOY 42 75

K2 43 00

Réglages

Pré-réglage: Preset1

Opérateur: DR ALAOUI

Amétropie désirée: 0 0

1er

LIO 7 SA60AT P

Formule: HOFFER-O

ACD 5 20

Emmetropie: 23 41

PUIS LIO Réfraction

21 50	1 32
22 00	0 98
22 50	0 64
23 00	0 29
23 50	-0 07
24 00	-0 42
24 50	-0 78
25 00	-1 15
25 50	-1 52

2nd

LIO 5 CR5BU0 P

Formule: SRK-T

A 115 00

Emmetropie: 23 82

PUIS LIO Réfraction

22 00	1 25
22 50	0 91
23 00	0 57
23 50	0 22
24 00	-0 13
24 50	-0 48
25 00	-0 84
25 50	-1 20
26 00	-1 57

3ème

LIO 9 MTA4U0 A

Formule: SRK-T

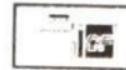
A 115 30

Emmetropie: 19 42

PUIS LIO Réfraction

17 50	1 58
18 00	1 16
18 50	0 76
19 00	0 35
19 50	-0 07
20 00	-0 48
20 50	-0 91
21 00	-1 34
21 50	-1 77

OS (



Patient

Nom: KERMANI, ABD
ID: ABDELMALEK
Type: Phaque

CA 270 IA 2296
K1 42.50 K MOY 42.75
K2 43.00

Réglages

Pré-réglage Preset1

Opérateur DR ALAOUI

Amétropie désirée: 0.0

1er

LIO 7 SA60AT P

Formule: HOFFER-Q

ACD 5.20

Emmetropie 23.41

PUIS LIO Réfraction

21.50	1.32
22.00	0.98
22.50	0.64
23.00	0.29
23.50	-0.07
24.00	-0.42
24.50	-0.78
25.00	-1.15
25.50	-1.52

2nd -

LIO 5 CR5BU0 P

Formule: SRK-T

A 119.00

Emmetropie 23.82

PUIS LIO Réfraction

22.00	1.25
22.50	0.91
23.00	0.57
23.50	0.22
24.00	-0.13
24.50	-0.48
25.00	-0.84
25.50	-1.20
26.00	-1.57

3ème -

LIO 9 MTA4U0 A

Formule: SRK-T

A 115.30

Emmetropie 19.42

PUIS LIO Réfraction

17.50	1.56
18.00	1.16
18.50	0.76
19.00	0.35
19.50	-0.07
20.00	-0.48
20.50	-0.91
21.00	-1.34
21.50	-1.77

OS ()

