

ECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ons générales :

cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

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

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

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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

ologie 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.

ique :

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.

ntaire :

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.

N° M21- 0056574

Maladie

Dentaire

Optique *Mediquet avec logo* Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]
Matricule : **7660**

Société :

Actif

Pensionné[e]

Autre :

Nom & Prénom :

Ettahery A ddéphkin

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **0654279885**

Total des frais engagés : * Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : **21/07/2021**

Nom et prénom du malade :

Ettahery Abdellah Age:

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 :

Signature de l'adhérent[e] :

Le : / /

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
09/06/2012	anesthésie	de g.n.e	anesthésie	Signature de M. RAFAEL ALVAREZ ANESTHESISTE INPE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/07/2021	CHAKIB Abderrahim Montant de la Facture Mme Bachir Dounia
	01/07/2021	CHAKIB Abderrahim Montant de la Facture Mme Bachir Dounia

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<p style="text-align: center;">H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">B</p>		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
25533412	21433552															
00000000	00000000															
<hr/>																
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
	<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS													
			DATE DU DEVIS													
			DATE DE L'EXECUTION													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE AL MADINA

Docteur Abderrahim Chakib
 Professeur d'Ophtalmologie
 Ophtalmo - diabétologie
 Maladies de la Rétine et Cataracte
 Chirurgie des yeux



مصحة المدينة

الدكتور عبد الرحيم شكيب

أستاذ في أمراض و جراحة العيون
 داء العينين بالسكري و داء جلالة
 أمراض الشبكة و جراحة العيون

01/07/121

صيدلية الجورة
 Pharmacie de La Bourqa
 Mme Rachid Dounia
 Pharmacienne
 117, Bd. Mohamed V
 ICE : 000445810000072

ORDONNANCE

Ettahery Abdellkrim

Instiller, à 15 minutes d'intervalle dans l'ŒIL OPERÉ, LES COLLYRES SUIVANTS :

74.80

a- Catex 500 MG	Comprimé	1cp x 2/j	pendant 5j
b- Dexafree	Collyre	1 goutte x 4/j	pendant 1 mois
c- Chibroxine	Collyre	1 goutte x 4/j	pendant 10j
d- MYDRIATICUM	Collyre	1 goutte x 2/j	pendant 1 mois
e- Frakidex	Pde	Pommade ophtalmique	pendant 24j
f- NAVITAE plus	Collyre	1 goutte x 6/j	pendant 2mois

AFIC-PHAR EXP
 LOT 20N104 11/2023
 PPV : 74DH80

د. شكيب عبد الرحيم استاذ في أمراض وجراحة العيون
 * CLINIQUE AL MADINA *
 * Dr. CHAKIB Abderrahim *
 * Professeur - Ophtalmologist *

FACTURE

N° : 8576 / 2021 du 09/06/2021

CPA

Nom patient ETTAHERY ABDELKRIM
PAYANT

Entrée 09/06/2021
Sortie 09/06/2021

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

FRAIS CLINIQUE	CPA	1.00	150.00	150.00
Total Clinique				150.00

DR. AIT RAHAL ABDELLATIF (anesthesiste)	CPA	1.00	150.00	150.00
Total Autres prestations				150.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	300.00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Dr. AIT RAHAL Abdellatif
Anesthésiste Réanimateur
INPE : 01188151

CLINIQUE AL MADINA
Caisse
Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard
Quartier Palmier Casablanca
Tél: 05 22 77 77 40 à 49 -Fax : 05 22 25 00 01/02