

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Médecine 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.

## 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 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

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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

95237

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0010956

 Maladie Dentaire Optique Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8768

Société :

 Actif Pensionné(e) Autre :Nom & Prénom : EL MALKI BEN RABO

Date de naissance :

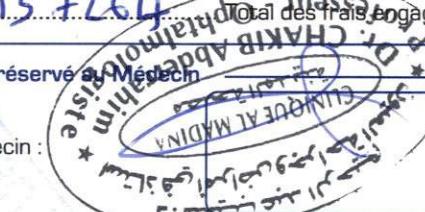
29.10.67

Adresse :

MULAYED ICAM M.Tél. : 066 115 7264Total des frais engagés : 0 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/10/21Nom et prénom du malade : EL Malki Ben Abdellah Kain, Age : 54

Lien de parenté :

 Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Caténaire

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 : CAIXLe : 08/11/21Signature de l'adhérent(e) : S

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/10/21	€ 77,10 HT

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	21/10/2021	Looser YAG	1000 DHT

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

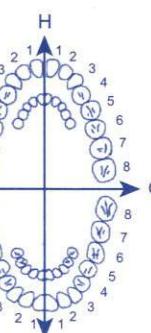
## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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 l

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION



O.D.F  
PROTHÉSES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

		H
D	25533412 00000000	21433552 00000000
	00000000	00000000
	05533411	11433550

### **[Création, remont, adjonction]**

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for a child to draw a picture.

# CLINIQUE ALMADINA

Docteur Abderrahim Chakib

Professeur d'Ophtalmologie

Ophtalmo – diabéttologie

Maladies de la Rétine et Cataracte

Chirurgie des yeux



مصحة المدينة

الدكتور عبد الرحيم شكيب

أستاذ في أمراض وجراحة العيون

داء العينين بالسكري وداء جلالة

أمراض الشبكية وجراحة العيون

Mr. ELMALKI BERRADA Mohamed Karim

77.10

1/ DEXAFREE COLLYRE



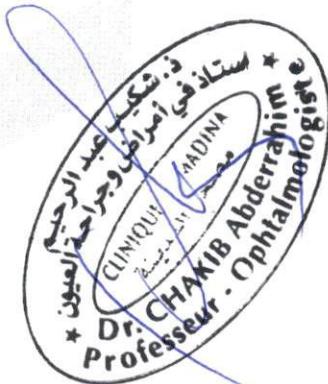
1 goutte 4 fois par jour, dans l'œil droit, pendant 1 Mois



DEXAFREE 1 mg/ml

Collyre 0,4 ml - PPV : 77,10 DH  
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
20 110 Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAoudi

T=77.1.10



Pharmacie des Palmiers

161.26.25.68.63 - Casab.

38 Rue Jules GROS - Casab.

# **CLINIQUE ALMADINA**

**Docteur Abderrahim Chakib**

Professeur d'Ophtalmologie

Ophtalmo – diabéttologie

Maladies de la Rétine et Cataracte

Chirurgie des yeux



**مصحة المدينة**

**الدكتور عبد الرحيم شكيب**

أستاذ في أمراض وجراحة العيون

داء العينين بالسكري وداء جلالة

أمراض الشبكية وجراحة العيون

**Mr. ELMALKI BERRADA Mohamed Karim**

LASER YAG OD



**CLINIQUE AL MADINA**



المرنة (المرنة)

## **COMPTE RENDU LASER**

Patient : Mr. Mme. Mlle :

EL Halki BERRADA Mohamed Karim

A bénéficié : Séance (s)

1 Séance OD

Nature du laser :

- Argon
- Yag OD
- Pascal

Nature de la maladie :

Cataracte Segardine

Casablanca le,

21/10/12

CLINIQUE AL MADINA  
Angle Rue Mohamed Bahi et  
Rue Mansard (en face du Lycée le Cèdre), Quartier Palmiers  
Tél : 05.22.77.77.40 à 49 (LG)  
Fax : 05.22.25.00.01  
Tél : 05.22.77.77.40/49 - Fax : 05.22.25.00.01



## FACTURE

N° : 15702 / 2021 du 21/10/2021

LASER YAG

Nom patient ELMALKI BERRADA MOHAMED KARIM Entrée 21/10/2021  
 PAYANT Sortie 21/10/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
LASER YAG	1.00		1 000.00	1 000.00
<i>Sous-Total</i>				1 000.00
<b>Total Clinique</b>				<b>1 000.00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :	<b>Total</b>	<b>1 000.00</b>
MILLE DIRHAMS		0.00

CLINIQUE AL MADINA  
 Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard Quartier Palmiers Casablanca Tél :05 22 77 77 40 à 49 -Fax :05 22 25 00 01/02  
 Email : [clinique.almadina@yahoo.fr](mailto:clinique.almadina@yahoo.fr)-I.F n°:1007171-R.C :407991-Patente :34782425-ICE:001630200000096