

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 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

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2343 Société : Agob 85

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Bachry MOSTAFI

Date de naissance :

14.2.1951

Adresse : Cite Almazzina 7MB 6006417 Casab

Tél. 0661181989

Total des frais engagés : 566 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Bachry Mostafa

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

aff. oculaire

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 : Corse

Le : 23/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

MJ

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
03/11/24	C 300		200	03/11/24 C 300
30/11/24	GS		000	30/11/24 GS 000

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL MADINA	03/11/24	266,40
		000

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

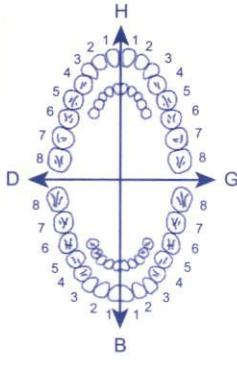
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX											
															
MONTANTS DES SOINS				MONTANTS DES SOINS											
DEBUT D'EXECUTION															
FIN D'EXECUTION															
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE					COEFFICIENT DES TRAVAUX										
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>						H	21433552	25533412	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
H	21433552														
25533412	00000000														
00000000	00000000														
00000000	00000000														
35533411	11433553														
<table border="1"> <tr> <td>D</td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table>				D		B	00000000	00000000	00000000	00000000					
D	B														
00000000	00000000														
00000000	00000000														
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>															
DATE DU DEVIS				DATE DE L'EXECUTION											
DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Profes
Chirurg

أيكومب®
Icomb®

Ex Attaché

Ex Professe

Président et

Diplômé en

Diplômé en

Diplômé en

Diplômé en

Lot:

Fab: 05 23

Exp: 05 25

PPV: 30 DH 30

Oncologie Clinique - Marseille - France.



HER MEDIC

PPC

104.00 DHS

16 u. 104.00 DHS

À chaque fois
que l'œil est irrité

الدكتور الداودي الأجل
أمراض و جراحة العين

131, 80

03 janvier 2024

Mr BACHRY MOSTAFA

Traitements de l'œil opéré

1/ ICOMB COLLYRE

- 1 goutte 4 fois par jour; 7 jours
- 1 goutte 3 fois par jour . 7 jours
- 1 goutte 2 fois par jour , 7 jours
- 1 goutte 1 fois par jour , 7 jours

2/ CATEX 500 mg

1 cp 2 fois / jour ; 5 j

3/ PANSEMENT OCULAIRE RONDELLES OCULAIRES GRAND

FORMAT

4/ PHYLARM 10ML(SOLUT° ISOTONIQUE DE NACL)

1 toilette oculaire, deux fois par jour, dans les deux yeux, pendant 2 Mois



10, Place des Nations Unies, 3^{ème} étage (en face Station Tramway)
8, Bd Mohamed V, au dessus de Mc Donalds - Casablanca.
Tél : 05 22 22 37 76 - 05 22 29 81 19 - Email : strabismedaoudi@hotmail.fr
INPE : 091043851

**Professeur DAOUDI DRISSI Jaâfar
Chirurgien Ophtalmologiste**



**الدكتور الداودي الدرسي جعفر
أمراض و جراحة العيون**

- Ex. Attaché au CHU de Nantes : Chirurgie du Strabisme et ophtalmo Pédiatrie.
- Ex. Professeur - enseignement sup. - assistant - Faculté de médecine de Casablanca.
- Président et fondateur : Association Marocaine de Strabologie et Ophtalmo Pédiatrie.
- Diplômé en Chirurgie Réfractive et Cataracte - Besançon - France.
- Diplômé en Chirurgie Vitreo-Rétinienne - Nancy - France.
- Diplômé en Posturologie Clinique - Marseille - France.

- ملحق بمستشفيات نانت : جراحة الحول.
- أستاذ سابقا بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء.
- رئيس و مؤسس : الجمعية المغربية لطب عيون الأطفال والحول.
- حاصل على دبلوم في جراحة الساد و الإنكسارية بكلية الطب ببازانسان.
- حاصل على دبلوم في جراحة الشبكية والماء الزجاجي بنانسي.
- حاصل على دبلوم في علم تقويم الجسم بمرسيليا.

03/01/2024

Cher Ami,

Mr BACHRY MOSTAFA

doit se faire opérer de Cataracte OD

Je vous l'adresse pour le bilan pré anesthésique.

Veuillez agréer, cher ami, mes salutations les meilleures.

Pr. DAOUDI DRISSI Jaâfar

CLINIQUE ALMADINA
552, Bd Panoramique - Casablanca
Tél. : 05 22 29 81 19 - 05 22 22 37 76
Fax : 05 22 22 37 76

Pr. DAOUDI D. Jaâfar
Ophtalmologue
10, Place des Nations Unies - Casablanca
Tél : 0522 29 81 19 - 0522 22 37 76

10, Place des Nations Unies, 3 ème étage (en face Station Tramway)
8, Bd Mohamed V, au dessus de Mc Donalds - Casablanca.
Tél : 05 22 22 37 76 - 05 22 29 81 19 - Email : strabismedaoudi@hotmail.fr
INPE : 091043851

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R EN° : **275 / 2024** du **03/01/2024**

Nom patient **BACHRY MOSTAFA** Entrée **03/01/2024**
PAYANT Sortie **03/01/2024**

CPA

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

FRAIS CLINIQUE	CPA	1.00	150.00	150.00
			<i>Sous-Total</i>	150.00
Total Clinique				150.00

DR. DAHBAOUI YAHIA (anesthesiste)	CPA	1.00	150.00	150.00
			<i>Sous-Total</i>	150.00
Total Autres prestations				150.00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> TROIS CENTS DIRHAMS	Total	300.00

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA
Dr. Dahbaoui Yahia
Anesthesiste - Réanimateur
INPE : 061293718
Tel : 05 22 77 77 40
Fax : 05 22 77 75

CLINIQUE AL MADINA
CAISSA
532, Bd Panoramique Casablanca
Tél. : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)
Fax : 05 22 25 00 01