

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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

biologie 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.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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 - 8ème 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0025279

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1766 Société : RAD

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : SEFFAR Ned Rachid

Date de naissance : 27/04/1953

Adresse : 5, Lot Nezha California Casablanca

Tél. : 0661632379 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/07/2019

Nom et prénom du malade : SEFFAR RACHID Age : 1953

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : affection ostéo articulaire = pathologie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie a 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :  Le : / /

RELEVÉ 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
16.09.19	inf. habit	3	380,92	DR. NAJIB KHADOUANI Médecin Physique et Sport 28, bis Bd. Moulay El Bacha - Casablanca Tél: 05 22 81 32 18 / 05 22 81 29 55 05 26 88 14 23 / 05 46 15 32 74
	inf. habit	10	300,92	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES DALIAS Dr. S. BOUSFILA BOUHLAL 492, Bis Bd. Panoramique (Montpellier) - Tél: 0522-527 560	16/9/19	398,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	16/9/19	voir facture	300,92

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ 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																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction]		MONTANTS DES SOINS														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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 KARIM عيادة الكريم

MEDECINE PHYSIQUE ET APPAREILLAGE
الطب الفيزيائي

ORDONNANCE

Casablanca le 16.09.19 الدار البيضاء في

7^{me} SETFAR RACHID

61,50

1/ Mobic 15 mg u = 1

SV

PPV 61 DH 50
PER 02/22
LOT 1487

11/ au cabinet n° 8

30,00

2/ Sedalgie u = 1

SV

LOT: 181860
PER: 11-2020
PPV: 30,00 DH

56,60

3/ Diprostene u = 1

SV

611 800115 013 7
DIPROSTONE 1 Siringue
P.P.V.: 50,00 DH
AMM 235DMP/21/INTT
Distribué par MSD Maroc
B.P. 136 Bouskoura

52,80

4/ prazol u = 1

SV

PPV: 52 DH 80
PER: 09/21
LOT: 1374-B

198,00

5/ Novicephat u = 1

SV
NA AB KHADOL
www.cliniquealkarim.ma
Casablanca
Tél: 05 22 81 31 88 / 05 22 81 32 18
Fax: 05 22 81 29 55
E-mail: cliniquealkarim@gmail.com
Site web: www.cliniquealkarim.ma

709, Boulevard Modibo Keita - Casablanca كيتا - الدار البيضاء

Tél.: 05 22 81 31 88 / 05 22 81 32 18 Fax: 05 22 81 0

E-mail: cliniquealkarim@gmail.com - Site web: www.clinique

PVC: 198,00 DH

CLINIQUE AL KARIM مطحة الكريم

MEDECINE PHYSIQUE ET APPAREILLAGE
الطب الفيزيائي

ORDONNANCE

Casablanca le 16.09.19 الدار البيضاء في

 SEFFAR RACHID

Rx épaule dt
fac + prof

Dr. NAJIB KHAOULANI
Médecine Physique et Rééducation
Méd. du Sport
28, bis Bd. Moulay Idrissi 1er - Casablanca
Tél.: 05 22 81 29 55 / Fax: 05 22 81 29 55
05 26 88 14 24 / 05 46 15 32 74

LE 16/09/2019

Nom & prénom : SEFFAR RACHID

Examen radiologique réalisé :

- Radio d'épaule droite (face+profil).

Compte rendu :

- Respect des surfaces articulaires.
- Présence d'une calcification volumineuse au niveau de la tête humérale.
- Pas de lésion osseuse d'allure traumatique.


CLINIQUE AL KARIM
709, Bd. Modibo Keita Gu. Polo Casablanca
Tél.: 05 22 81 31 88 / 05 22 81 32 8
05 22 81 31 71 - Fax : 05 22 81 04 38



le 16/09/2019

FACTURE

NOM ET PRENOM

Mr SEFFAR RACHID

L I B E L L E	QTE	Prix Unitaire	Montant
Radio d'épaule droite (face+profil)	1	300,00	300,00
			300,00

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
TROIS CENT DIRHAMS

مصلحة الكريم
CLINIQUE AL KARIM
709, Bd. Modibo Keita Du. Polo Casablanca
Tél.: 05 22 81 31 88 / 05 22 81 32 18
05 22 81 31 71 - Fax : 05 22 81 04 38