

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.

iologie 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1766 Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : SEFFAR Ned Rachid

Date de naissance : 27/06/1953

Adresse : 5, Lot Nezha California Céra

Tél. : 0661632379

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 19/09/2019

Nom et prénom du malade : 17-SEFFAR RACHID Age : 1953

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : affection ostéo articulaire

En cas d'accident précisez les causes et circonstances : UPRAS

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.

07 OCT 2019

J'atteste sur l'heure 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 : 17-CHEIL Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : 17-CHEIL

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
16.09.19	visite de suivi + dialys	CS K10	300 az 300 bz	DR. NAJIB KHAOULI Médecin hospitalier et Sport 28, bis Bd. Moudawana 1000 Tél: 05 22 81 25 55 05 22 81 25 55 05 26 88 14 00 05 26 88 14 00 05 22 81 29 55 05 22 81 29 55 05 26 15 32 74 05 26 15 32 74

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES DALLAS Dr S. BOUSSHA BOUHLAI 492, Bis Bd. Panoramique Alphély - Tél: 0522 527 582	16/9/18	398,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	16/03/2018	var Faetuge 3000 Dhs	 CLINIQUE AL KARIM Casablanca 704, Bd. Mohammed V - 31881 - 0522813218 Tel: 0522813171 - Fax: 0522810433

AUXILIAIRES MEDICAUX

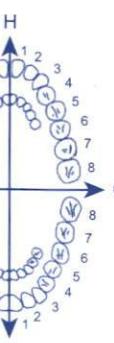
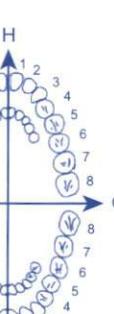
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 d

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		COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS
H	G																
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

الدار البيضاء في Casablanca le 16.09.19

7th SEFFAR RACHID

61,50

1) Magic If \equiv For

SV

PPV 61 D 50
PER 02/22
LOT 1487

30, 5

21

Sedolitic \cong **SV**

Compr.
LOT: 181860
PER: 11-2220
PPV: 30-00DH

16,62

34

Diprostene 4th

611 800115 C 37
PROSTENE 1 Seringue
P.P.V : 56,60 DH
MM 235DMP/21/NTT
situé par MSD Maroc
B.P. 136 Bouskoura

528

47

pratzol n. -

SV

198,-

11

$$\frac{\text{source phot}}{\text{background}} = n \approx 1$$

709, Boulevard Modibo Keita - Casablanca - الْبَلَادُ الْمُسْكَنُ

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

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

PVC: 198,00 DH

CLINIQUE AL KARIM



مصحة الكريـم

MEDECINE PHYSIQUE ET APPAREILLAGE

الطب الفيزيائي

ORDONNANCE

Casablanca le 16.09.19 الدار البيضاء في

Dr SEFFAR RACHID

Rx epaule st
fau + musculi

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

709 شارع موديبو كيتا - الدار البيضاء ■

Tél.: 05 22 81 31 88 / 05 22 81 32 18 Fax : 05 22 81 04 38

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



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.





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**

