

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.

Reéducation :

- 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

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.

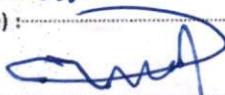
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 19981		Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : MOUHSINE
Nom & Prénom : RMAIC		Date de naissance : 11/09/78	
Adresse : PARC PLA 211 TMM N APT 6		Tél. : 0661157539	
		Total des frais engagés : 2000 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : 	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : RMAIC JANNAT SULTAN	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie :	<input type="checkbox"/> Conjoint
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 : Mohamed

Le : 02/12/1998

Signature de l'adhérent(e) : 



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
24/10/2022	260		3450,00	INP 091033084 professeur Laita KALIS Spécialiste en Ophtalmologie Adulte et Pédiatrique 13 Bd Rachid - Casablanca Anesthésie et Réanimation 0661 33 95 17
	10/10/2022	300,-	900,-	
	2022 Gras clinique		260,-	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant détaillé la Pièce

ANALYSES - RADIGRAPHIES

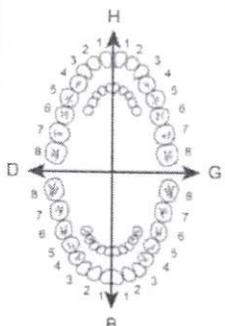
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

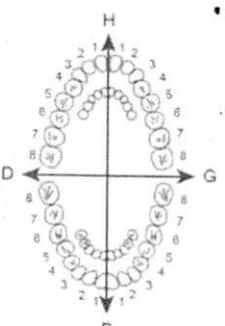
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H 25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000
35533411 11433553
B

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	



CLINIQUE RACHIDI
S10 NEURO-OPHTALMOLOGIE

NEUROCHIRURGIE- NEUROLOGIE
OTORHINOLARYNGOLOGIE ET
CHIRURGIE MAXILLOFACIALE
OPHTALMOLOGIE
REANIMATION MEDICO-CHIRURGICALE
LASER C O2 - ARGON-YAG
SCANNER SPIRALE
IMPLANTATION OCCHIAIRE
DIAGNOSTIC ET BILAN DE SANTE

جراحة أمراض الرأس والدماغ والعمود الفقري
جراحة الأنف والحنجرة
جراحة الوجه والعنق
جراحة أمراض العيون
الإنعاش الطبي والجراحي
جهاز الليزر

السكنير الجسماني الكلي
090003716



FACTURE

Casablanca, N°: 146999 / 2022 du 27/10/2022 الدار البيضاء، في

Nom patient RMAIL JANNAT SULTANA
PAYANT

Entrée 27/10/2022
Sortie 27/10/2022

PR. RAIS LAILA (OPHTALMO)

KYSTE DERMOIDE

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
SEJOUR	1.00	CH	400.00	400.00
S OP K60	60.00	K	25.00	1 500.00
			<i>Sous-Total</i>	<i>1 900.00</i>
PHARMACIE	1.00		750.00	750.00
			<i>Sous-Total</i>	<i>750.00</i>
			Total Clinique	2 650.00

DR. BENNIS RACHID (anesthesiste)	1.00	arek30	900.00	900.00
PR. RAIS LAILA (ophtalmo)	1.00		3 450.00	3 450.00
			<i>Sous-Total</i>	<i>4 350.00</i>
			Total Autres prestations	4 350.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SEPT MILLE DIRHAMS	Total	7 000.00
--------------------	--------------	-----------------

CLINIQUE RACHIDI
43, Bd. Rachidi - Casablanca
Tel : 05 22 29 48 36 / 87
Fax : 05 22 22 03 57

PAYE ESPECES
Le 27/10/2022
Montant 900,-

43, Boulevard RACHIDI-CASABLANCA

CNSS: 1037680 - IF: 01020458 - RC: 74087

Patente: 35504150 - ICE: 001540813000088

Tél.: 05 22 22 12 96 - 05 22 27 61 41 - 05 22 29 48 36/37

Fax: 05 22 22 03 57 - E-mail: rachidi@cliniquerachidi.com



43، شارع الراشدي - الدار البيضاء

ص.و.ض.ج: 1037680 - رقم التعريف: 01020458 - س.ت: 74087 - البتانة: 35504150

الهاتف: 05 22 22 12 96 - 05 22 27 61 41 - 05 22 29 48 36/37

الفاكس: 05 22 22 03 57 - www.cliniquerachidi.com

ANNEXE PHARMACIE

PAYANT

Nom patient : RMAIL JANNAT SULTANA	N° Facture	146 999	146999
Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
BETADINE BLEUE 125 ml SOLUTIO (01)	1	18.00	18.00
CASAQUE XL (001)	2	40.00	80.00
COMPRESSES N/TMEDICOMP 7.5X7. (100)	10	0.22	2.20
ELECTRODE.REF2223 (050)	3	1.60	4.80
FENTANYL MYLAN 500µG/10m INJECTA (01)	1	30.00	30.00
FILTRE ANTIBA/ANTIVIR (001)	1	25.00	25.00
FLUIDES MEDICEAUX/ 30MN (001)	1	200.00	200.00
INTRANULE 22G VYGON BLEU (100)	1	7.20	7.20
PANSEMENT P.M (001)	1	25.00	25.00
PROPOFOL- LIPURO 1%10MG/ML INJECTA (05)	1	44.00	44.00
RINGER LACTATE 500 ml INJECTA (12)	1	29.50	29.50
SERINGUE 10CC RR (100)	1	1.50	1.50
SERINGUE 20CC (050)	1	2.40	2.40
SERINGUE 5CC RR (100)	3	1.30	3.90
SONDE D.INT.RUSCH CH5.5 (010)	1	15.00	15.00
TROUSSE D.OPHTALMO (001)	1	124.00	124.00
VICRYL PGA DA 6/0 (012)	1	137.50	137.50
Total pharmacie			750.00

CLINIQUE RACHIDI**NOTE D'HONORAIRES****Le** : 27/10/2022**Références** 146 999 / PAYANT**Entrée / Sortie** : 27/10/2022 - 27/10/2022**Le Pr. RAIS LAILA**présente à . **RMAIL JANNAT SULTANA**sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
3 450.00 Dhs TROIS MILLE QUATRE CENT CINQUANTE DIRHAMS

et le - la prie d'agrérer l'expression de ses sentiments distingués

professeur Laila KAJIS
Spécialiste en Ophtalmologie
Adulte et Pédiatrique
Casablanca 2022 06 01 01 L'honneur 0661 33 95 17

*Cachet et signature***CLINIQUE RACHIDI****NOTE D'HONORAIRES****Le** : 27/10/2022**Références** 146 999 / PAYANT**Entrée / Sortie** : 27/10/2022 - 27/10/2022**Le Dr. BENNIS RACHID**présente à . **RMAIL JANNAT SULTANA**sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
900.00 Dhs NEUF CENTS DIRHAMS

et le - la prie d'agrérer l'expression de ses sentiments distingués

Dr. BENNIS Rachid
Anesthésiste - Réanimateur
43, Bd Rachid - Casablanca

Cachet et signature



CLINIQUE RACHIDI
OTO-NEURO-OPTHALMOLOGIE
43 Bd RACHIDI NEUROCHIRURGIE-
tel. 022 55 12 96 OTORHINOLARYNGOLOGIE
CLINIQUE RACHIDI CHIRURGIE MAXILLAIRES
oto-neuro-ophthalmologie OPHTHALMOLOGIE
REANIMATION MEDICALE

Tel 022 22 12 96
CLINIQUE RACHIDI
Casablanca
oto-neuro-ophtalmologie

NEUROCHIRURGIE-NEUROLOGIE
OTORHINOLARYNGOLOGIE ET
CHIRURGIE MAXILLOFACIALE
OPHTALMOLOGIE
REANIMATION MEDICO-CHIRURGICALE
LASER C O2-ARGON-YAG
SCANNER SPECT
BILLET DE SORTIE
IMPLANTATION COCHLEAIRE
DIAGNOSTIC ET BILAN DE SANTE

BILLET DE SORTIE

الدار البيضاء في Casablanca le Nom du patient : **RMAIL JANNAT SULTANA**

Chambre : **NA**

Médecin traitant	RAIS LAILA
Prise en charge	PAYANT
Date entrée	27/10/2022
Date sortie	27/10/2022 14:58

Billet de sortie etape 1 DSD: HAFID 27/10/2022 16:04 146999



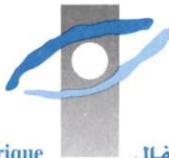
43, Boulevard RACHIDI-CASABLANCA
CNSS: 1037680 - IF: 01020458 - RC: 74087 - Patente : 35504150
Tél.: 05 22 22 12 96 - 05 22 27 61 41 - 05 22 29 48 36/37
Fax : 05 22 22 03 57 - Email : rachidi@cliniquerachidi.com



www.cliniquerachidi.com

43 - الدار البيضاء - شارع الراشدي، 4

ص.و.ض.ج: 1037680 - رقم التعرف: 01020458 - س.ت: 74087 - البالغ: 35504150
الهاتف: 05 22 29 48 36/37 - 05 22 27 61 41 - الفاكس: 05 22 22 12 96
www.cliniquerachidi.com 05 22 22 03 57



28 octobre 2022

Enf. RMAIL Jannat Sultana

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE

Date d'intervention : 27 / 10 / 2022 Diagnostic : kyste dermoïde

Œil Opéré : gauche

Type d'anesthésie : @TYPEANESTH@ AG

Acte :

① Incision horizontale au niveau du pli palpébral le long de la paupière supérieure.

sous AG

incision dermique au niveau du sourcille gauche

dissection intradermique et libération des adhérences ablation d kyste

sutures au vicryl 6/0

sutures à la soie 6/0

betadine et steristrip

Professeur Laila RAIS
Spécialiste en Ophtalmologie Adulte et Pédiatrique
120, Bd. Mly. Driss 1er,
Rés. Dar Mly. Driss Casablanca
Tél: 05 22 86 41 23 / 51 - Gsm: 06 19 28 36 31

Consultation sur rendez-vous :

120 شارع مولاي إدريس، 120 شارع مولاي إدريس الأول - طابق 3
Rés. Dar Moulay Driss, 120 Bd Moulay Driss 1^{er} - 3^{ème} ét. Casablanca

Tél.: 05 22 86 41 23 / 51

الموبايل: GSM : 06 61 08 06 18

05 22 86 41 23 / 51

E-mail: cabinetprrais@yahoo.fr

Site web: www.prlailaraiss.ma

الفحص بالموعد :

الدار البيضاء
الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 86 41 23 / 51

الموقع الإلكتروني: www.prlailaraiss.ma

Casablanca, le

27/10/2022

Prière d'hospitaliser

Mr. Mme. Enf. Rmail Jamat Sultana

Le 27/10/2022 à heures à jeûn

Diagnostic : kyste dermolyde embryonnaire

Prise en charge : Dr Gaala

Mutuelle Assurance :

Nombre de jours d'hospitalisation Prévus :

Préparation à l'entrée :

Professeur Driss RAIS
Spécialiste en Ophtalmologie Adulte et Pédiatrique

120, Bd. Mly. Driss 1er,
Rés. Dar Mly. Driss Casablanca

Tél: 0522 88 41 23

شارع الملك محمد السادس الدار البيضاء

05 22 29 48 3637 - 05 22 20 92 43 - 05 22 22 12 96

الهاتف: 05 22 22 03 57

43, Boulevard Rachidi-Casablanca

Tél: 05 22 22 12 96 - 05 22 20 92 43 - 05 22 29 48 3637

Fax : 05 22 22 03 57 - E-mail : rachidi@cliniquerachidi.com

