

# 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.

M22- 0036438

Optique

Λ49023  Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 56.8.5 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : S.E.K.V.H. mohammed

Date de naissance :

Adresse : 32, lotissement Smedoud. A. Diab

Tél. : 06.13.07.46.47 Total des frais engagés : 1.200,- Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Rachid ZAFAD  
Ophthalmologiste  
532, Bd Panoramique - Casablanca  
Tél. : 05 22 27 77 40 à 49 (L.G)  
Fax : 05 22 25 00 01

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Enfant

Nature de la maladie : .....

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC  Pathologie : .....

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 : Casab Le : 6.12.2022

Signature de l'adhérent(e) : .....

Rachid



## 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 Patient en place
09/12/22	CS	6		Dr. Rachid ZAFAR OPHTALMOLOGISTE 532 Bd Panoramique - Casablanca Tel.: 05 22 77 74 03 - 49 00 01 Fax : 05 22 25 00 01 L MADINA

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
		CL 521-761-0002

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	06/11/22	O.CT	1200 DH NIQUE AL MADIN radiation amour assal

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

	<b>Dr. Rachid Almoula - FAD</b> 532, Bd Panoramique - Casablanca Tel : 05 22 77 40 3 Fax : 05 22 25 00 01
<b>MADINA</b> Casablanca	

**CLINIQUE AL MADINA**

ES  
ntant de la Facture

532 Bd Panoramique - Casablanca  
Tél. : 05 22 77 42 22  
Fax : 05 22 25 00 22

FACULTATION  
Panoramique - Casablanca  
77 40 à 49 (G)  
22 25 00 22

## 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'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

D	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch (maxilla) with teeth numbered according to the FDI system. The teeth are arranged in four quadrants:

- Dental Arch:** Maxilla (upper arch).
- Quadrants:** D (left), G (right), H (top), B (bottom).
- Tooth Numbers:**
  - Upper Quadrant (H):** 1 (central incisor), 2 (lateral incisor), 3 (canine), 4 (first molar), 5 (second molar), 6 (third molar).
  - Lower Quadrant (B):** 1 (central incisor), 2 (lateral incisor), 3 (canine), 4 (first molar), 5 (second molar), 6 (third molar).
  - Left Quadrant (D):** 1 (central incisor), 2 (lateral incisor), 3 (canine), 4 (first molar), 5 (second molar), 6 (third molar).
  - Right Quadrant (G):** 1 (central incisor), 2 (lateral incisor), 3 (canine), 4 (first molar), 5 (second molar), 6 (third molar).

**[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

**Docteur Rachid ZAFAD**

Ophtalmologiste

Diplômé de la faculté  
de Médecine de Paris VII  
Chirurgie Vitréo - rétinienne



مصحة المدينة  
CLINIQUE AL MADINA

الدكتور رشيد زفاص

إختصاصي في طب العيون

خريج كلية الطب بباريس

جراحة الجسم الزجاجي و الشبكية

## ORDONNANCE

06 décembre 2022

Mr SEKKAT MOHAMMED

OCT maculaire

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

Dr. Rachid ZAFAD  
Ophtalmologiste  
532, Bd Panoramique - Casablanca  
Tel.: 05 22 77 40 à 49 (L.G)  
Fax: 05 22 25 00 01



Le 06/12/2022

**COMPTE RENDU : OCT MACULAIRE**

Patient : SEKKAT MOHAMMED

Médecin correspondant : **DR DR ZAFAD RACHID**

**Œil droit:**

- Entonnoir fovéolaire présent.
- Ligne des photo récepteur discontinue.
- Drusens sec sous exsudation intra rétinienne.
- Atrophie de l'EP.
- Epaisseur maculaire centrale = 243µm.

**Œil gauche:**

- Dépression fovéolaire altéré.
- NVC fibrose avec quelque logettes kystique en intra rétinienne.
- Atrophie maculaire.
- Epaisseur maculaire centrale = 242µm.

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

Dr. Rachid/ZAFAD  
Ophtalmologiste  
532, Bd Panoramique - Casablanca  
Tel.: 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)  
Fax: 05 22 25 00 01

**CLINIQUE AL MADINA**

**F A C T U R E**

N° : **12767 / 2022** du **06/12/2022**

Nom patient **SEKKAT MOHAMMED** Entrée **06/12/2022**  
PAYANT Sortie **06/12/2022**

OCT				
Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
OCT	1,00		<b>1 200,00</b>	<b>1 200,00</b>
<i>Sous-Total</i>				<b>1 200,00</b>
<b>Total Clinique</b>				<b>1 200,00</b>

  

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>  MILLE DEUX CENTS DIRHAMS	<b>Total</b> <b>1 200,00</b>

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENC MECQUE- CASA

*CLINIQUE AL MADINA*  
FACTURATION  
532 Bd Panoramique - Casablanca  
Tél.: 05 22 77 77 77 Fax: 05 22 25 00 01

*Dr. Rachid ZAFAD*  
OphthalmoLOGISTE  
532 Bd Panoramique Casablanca  
Tél.: 05 22 77 40 49 (L.G)  
Fax: 05 22 25 00 01