

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.

N° W19-576061

47616

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société :	
Matricule : 1983		Nom & Prénom : KHAIREDDINE AHMED	
<input type="checkbox"/> Actif		<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre :	
Date de naissance : 30/06/1944		Adresse : Résidence du Palais, Rue Yasmine, CASA	
Tél. : 06 968 13267		Total des frais engagés : 1627,20 Dhs	

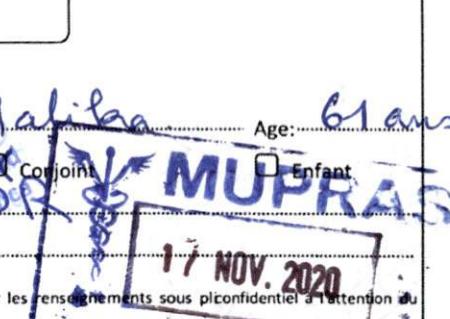
Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 05/10/2020	
Nom et prénom du malade : SABILIA Hafida Age: 61 ans	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	
En cas d'accident 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.	

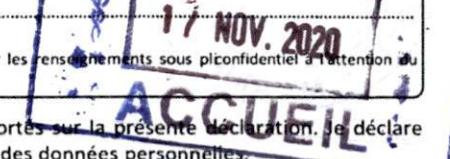
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) :

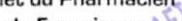
Le : 17/11/2020





RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE IBN RAFIS <u>au</u> 28, Avenue du 2 Mars Alger - Tel: 05 22 21 31 00	12/10/2022	167, 2s

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	05/10/20	ECHO	500 DH
	07/10/20	C 250 f	360,00 DT

AUXILIAIRES MEDICAUX

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.

ORDONNANCE

CASABLANCA LE: 18/12/2022

Traitement post opératoire de la chirurgie vitréo -Rétinienne

NOM DU PATIENT: SABI LI MALIKA

30,30	ICOMB Collyre		1 goutte 5 fois/jour, pendant 1 semaine puis 1 goutte 3 fois/jour, pendant 5 semaines	
27,50	ICIN		1 goutte 4 fois/jour, pendant 5 jours	
54,40	TOBRADEX pommade		1 application/jour, pendant 5 jours	
55,00	SPECTRUM 250mg		1 cpx2/jour, pendant 5 jours	

Rondelles oculaires

NB / Se présenter le lendemain matin après l'opération pour le contrôle
Ne jamais arrêter le traitement sans avis médical

167,20



PHARMACIE IBN NAFIS
28, Avenue du 2 Mars
Casablanca - Tél: 05 22 27 31 69

Dr. Rachid ZAFAL
Ophtalmologiste
Angle Rue Med Bahi et Rue Mansard
Quartier Palmiers - Casablanca

CLINIQUE AL MADINA

Centre d'Ophtalmologie

Docteur Rachid ZAFAD

Ophtalmologiste

Diplômé de la faculté de Médecine de Paris VII

Chirurgie Vitréo - rétinienne



مصحة المدينة

مركز أمراض وجراحة العيون

الدكتور رشيد زفاص

إختصاصي في طب العيون

خريج كلية الطب بباريس

جراحة الجسم الزجاجي والشبكي

ORDONNANCE

05 octobre 2020

Mme SABILI MALIKA

Echographie oculaire B
CPA

*CLINIQUE AL MADINA
Caisse
angle Rue Mohamed Bahi et
Rue Mansard Quartier Palmiers
Casablanca
Tél: 05 22 77.77.40 à 49 (LG) / 05 22 25 00 02 - Fax: 05 22.25.00.01*

*Dr. Rachid ZAFAD
Ophtalmologiste
Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard
Quartier Palmiers - Casablanca*

FACTURE

N° : 8343 B / 2020 du 06/10/2020

CPA

Nom patient **SABILI MALIKA** Entrée 06/10/2020
PAYANT Sortie 06/10/2020

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. LAHBABI MEHDI (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>	Total	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

CLINIQUE AL MADINA
 Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard
 Quartier Palmier - Casablanca
 Tel: 05 22 77 77 40 à 49 - Fax: 05 22 25 00 01/02
 Email: contact@clinique-almadina.ma - I.F n°: 10071 - R.C : 407991 - Patente : 34782425

AL MADINA

Nom. patient: SABILI

Age:

ID: MALIKA

Opérateur: DR ZAFAD

Pré-réglage Bio: PROBE CHECK

Pré-réglage Pachy: Dr Zafad

05 oct. 2020

L MADINA

ACHID

ALMIERS - 20100 CASABLANCA - MAROC

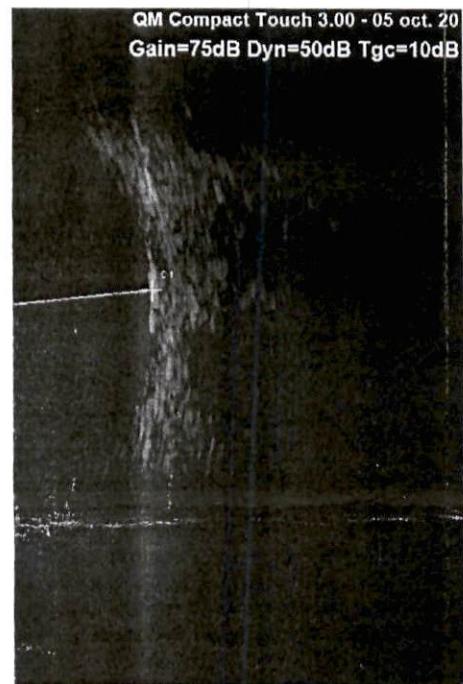
ix: 0522250001 - Email:

N° de dossier:

Sexe:

Date de naissance: 01 janv. 1900

Date d'examen: 05 oct. 2020



Date d'examen: 05 oct. 2020



Docteur ZAFAD RACHID

الدكتور رفاص رشيد

Ophthalmologiste

احصاصي في طب العيون

Diplômé de la faculté de médecine de Paris VII

خريج كلية الطب بباريس

Chirurgie vitréo-rétinienne

جراحة الجسم الراحي و الشبكية

Casa-le 05/10/2020COMPTE RENDU : ECHOGRAPHIE OCULAIRE

Patient : SABILI MALIKA.

➤ **Œil droit:**❖ Echographie (B) :

- Globe : Contour et morphologie réguliers.
- Cristallin : Hyperechogène.
- Rétine : Décollement de rétine.

➤ **CONCLUSION:**

- CAT+ DR + PVR DE L'ŒIL DROIT

CLINIQUE AL MADINA
Caisse
Angle Rue Mohamed Bahi et
Rue Mansard Quartier Palmiers
Casablanca
Tél: 05 22 77 77 40/40 - Fax: 05 22 25 00 01

DR. Rachid ZAFAD
Ophthalmologiste
Angle Rue Med Bahi et Rue Mansard
Quartier Palmiers - Casablanca

FACTURE

N° : 8334 B / 2020 du 05/10/2020

ECHOGRAPHIE

Nom patient **SABILI MALIKA** Entrée 05/10/2020
PAYANT Sortie 05/10/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
ECHOGRAPHIE	1,00		500,00	500,00
Total Clinique				500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	500,00
CINQ CENTS DIRHAMS		

CLINIQUE AL MADINA
 Anglo Rue Mohamed Bahi
 Rue Mansard Quartier Palmiers Casablanca
 Tel: 05 22 77 77 49 à 49 -Fax :05 22 25 00 01/02
 Email :contact@clinique-almadina.ma-I.F n°:10071-R.C :407991-Patente :34782425

مختبر التحاليل الطبية المعاريف
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF



Laboratoire Certifié ISO 9001 du 06/04/15

Dr. Abderrazzak ZIZI
Pharmacien Biologiste
Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Reims



Casablanca le 07-10-2020

Mme SABILI Malika

FACTURE N° A201000172

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Traitemet échantillon sanguin	E25	E
0111	Créatinine	B30	B
0118	Glycémie	B30	B
0135	Urée	B30	B
0216	Numération formule	B80	B
0236	Taux de prothrombine	B40	B
0239	Temps de céphaline: TCK	B40	B

Total des B : 250

TOTAL DOSSIER : 360.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
trois cent soixante dirhams



Casablanca, le : 06/11/2012

Nom / Prénom : SABILI NALIKA

Age : 61 ans

Renseignements cliniques :

- GLYCEMIE A JEUN SEROLOGIE HBS
 UREE SEROLOGIE HCV
 CREATININE SEROLOGIE HIV
 BHE
 NFS
 PLAQUETTES
 VS
 TP
 TCK
 GROUPAGE
 HEMOGLOBINE GLYQUEE

 AUTRE :