

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.

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.

Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Educations :

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.

Prothèses :

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

Déclaration : 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 - 6ème 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° M20- 0009867

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 471 Société : 58390
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BASLI Akia
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : 3087,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. ZIDI Mohamed
Ophtalmologiste
25, Route des Facultés AN
Lot gnymer Oasis Casablanca
Date de consultation :
Nom et prénom du malade : BASLI Akia Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : infection tuberculeuse ORL
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

Le : 10/02/2021

Signature de l'adhérent(e) :

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
27/01/2021	20700 240		3000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27-01-21	182,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

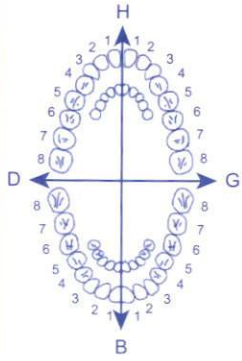
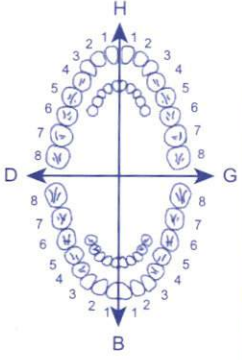
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> 00000000 35533411 </div> <div> 00000000 11433553 </div> </div> B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Docteur Mohamed ZIDI

Ophtalmologiste

Spécialiste des Maladies et de la Chirurgie des Yeux

CHIRURGIE VITRÉO-RETINIENNE

Diplômé des Universités de Médecine de Paris

Ancien Interne du CHNO des Quinze-Vingts

Ancien Assistant Spécialiste des Hôpitaux de Paris

Membre de la Société Européenne de Rétine

OCT - Angiographie (Fluo / ICG) - Laser - Echographie



الدكتور محمد الزيدي

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

جراحة الشبكية

خريج جامعات الطب بباريس

جراح سابق بمستشفيات باريس

عضو الجمعية الأوروبية للشبكية

تصوير الشبكية - الليزر - الفحص بالصدى

le mercredi 27 janvier 2021

Madame Rkia BASLI

A instiller dans l'œil DROIT

- Icomb, collyre :

1 goutte trois fois par jour pendant 2 semaines.

- Icin, collyre

1 goutte 4 fois par jour pendant 10 jours

- Hyfresh UD

1 goutte 4 fois par jour pendant 1 mois

En cas d'urgence (douleur, baisse de la vue ou rougeur), veuillez contacter

> 7h-19h: 0522234989

> 19h-7h 0673630775//0623247489



Dr. ZIDI Mohamed
Ophtalmologiste
25, Route des Facultés SI
Lot gnymer Oasis Casablanca



25, Route des Facultés (ex. Route El Jadida)

Lotissement Gnymer, Oasis - Casablanca

Tél. : 05 22 23 49 89 LG - Fax : 05 22 23 49 87



INPE 090060914

25, طريق الجامعات (طريق الجديدة سابقا)،

تجزئة جنيمر، الوازيس - الدار البيضاء

05 22 23 49 87; الفاكس: 05 22 23 49 89 LG

F A C T U R E

N° : 404 du 27/01/2021

Médecin traitant : DR. ZIDI Mohamed

INJECTION INTRA-VITREENNE

Nom du patient	Modalité de paiement	Periode hospitalisation
Mme BASLI RKIA	PAYANT	27/01/21 27/01/21

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
INJECTION INTRA-VITREENNE		1,00	3 000,00 DH	3 000,00 DH
			Sous/Total	3 000,00 DH
			Total clinique	3 000,00 DH

Arrêtée à la somme de :
TROIS MILLE DIRHAMS

TOTAL GENERAL 3 000,00 DH

Encaissé esp.	Encaissé chèque	Total	Solde
3 000,00 DH		3 000,00 DH	

CLINIQUE NOUR
D'OPHTALMOLOGIE
25, Route des Facultés SE
(ex. Route D'El Jadida) Oasis, Casablanca
Tél: 05 22 23 49 89 LG / Fax: 05 22 23 49 89

CLINIQUE NOUR
D'OPHTALMOLOGIE
25, Route des Facultés SE
(ex. Route D'El Jadida) Oasis, Casablanca
Tél: 05 22 23 49 89 LG / Fax: 05 22 23 49 89



INPE 090060914

le mercredi 27 janvier 2021

COMPTE RENDU OPERATOIRE

Opérateur : DR ZIDI M

Madame BASLI Rkia

Injection intra-vitréenne d'Anti VEGF de l'oeil droit

Désinfection à la bétadine 3 mm

Champs malade

Blépharostat

Repérage du point d'injection du limbe supérieure de 4 mm

Injection de 1,25 mg fractionnée d'AntiVEGF en intra-vitréen

Pommade tobradex

Dr. ZIDI Mohamed
Ophtalmologiste
25, Route des Facultés SI
Lot grymer Oasis Casablanca



INPE 090060914

BILLET DE SORTIE

Nom du patient : **Mme BASLI RKIA**

Chambre :

Médecin traitant **ZIDI Mohamed**

Prise en charge **Payant**

Date entrée **27/01/2021**

Date sortie **27/01/2021**

CLINIQUE NOUR
D'OPHTALMOLOGIE
25, Route des Facultés SE
(ex. Route D'El Jadida) Oasis, Casablanca
Tél: 05 22 23 49 89 LG / Fax: 05 22 23 49 89



INPE 090060914