

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-593852

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0592

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Hajjou Ahmed

Date de naissance :

15/03/1944

Adresse :

Rue Jules Gues Cité Calina, Bloc 4, Appt 6

Tél. :

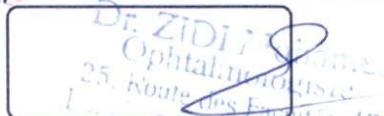
0662 884383

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Hajjou Ahmed

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age : 76  
Enfant :

Nature de la maladie :

Cataracte

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 : 20/3/2013

Le : 13/02/2013

Signature de l'adhérent(e) :

Hajjou Ahmed



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
28.01.2025	Consultation	5	500	Signature : DR. OPACIO BONJUY

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NOUR KABBAG Benha 103 Avenue du 25 Août Mansour Bd. Sidi Abdellah Benharrache Casablanca Tél : 05 22 16 89 11	28/04/2027	253,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 INSTITUT PASTEUR DU 20 <sup>e</sup> ROC Centre de Biologie Médicale Service Facturation			502,00 CHF

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> (Leave blank for O.D.F. Prostheses)	<b>Nature des Soins</b> (Leave blank for O.D.F. Prostheses)	<b>Coefficient</b> (Leave blank for O.D.F. Prostheses)												
				<b>INP :</b> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>												
				<b>Coefficient des Travaux</b> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>												
				<b>Montants des Soins</b> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>												
				<b>Début d'Execution</b> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>												
				<b>Fin d'Execution</b> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>												
<b>O.D.F. PROTHÈSES DENTAIRES</b> 		<b>DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>          Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
		<b>Coefficient des Travaux</b> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>														
		<b>Montants des Soins</b> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>														
		<b>Date du Devis</b> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>														
		<b>Date de l'Execution</b> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>														

# Docteur Mohamed ZIDI

## Ophthalmodiagnostic

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 jeudi 28 janvier 2021

## Monsieur Ahmed HAJJOU

31400  
ch

A instiller dans l'œil opéré: OD  
2940 + 28160

③ - Chibrocadron collyre : 1 goutte 3 fois par jour pendant 20 jours

④ - Chibroxine , collyre : 1 goutte 4 fois par jour pendant 10 jours  
36.50  
25.90

⑤ - Mydriaticum : 1 goutte 2 fois par jour pendant 10 jours  
44.60

⑥ - Celluvisc : Une goutte 4 fois par jour pendant 1 mois.

-Frakidex pommade: 1 application le soir pendant 3 jours

+Compresses stériles

+ Rondelles oculaires stérifil

+ Xailin Wash( sérum physiologique unidose ) : un lavage avant chaque instillation de goutte

> Attention! Ne pas manger ne pas boire et ne pas fumer avant l'intervention chirurgicale

> Prendre un bain la veille de l'intervention

RENDEZ VOUS de l'intervention le 16 /02 /2021 à 7h à la clinique NOUR de Casablanca

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

> 7h-19h: 0522234989

> 19h-7h : 0673630775/0623247489

PHARMACIE NOUR  
108 A.R.S.  
et Bd. Sidi Abdellah  
Tél : 05 22 36 89 11

+ 06 15 62 - 29 - 49



OPHTALMIED  
PPC  
89.00 DH



CHIBRO-CADRON  
Collyre-Flacon 5 ml - F  
PPV 28.60 DH  
A.M.M. Maroc N°116 DMP / 21/NCV  
Distribué par les laboratoires SOTHEMA  
B.P.N° 1, 27182 Bouskoura-MAROC



Dr. ZIDI Mohamed  
Ophthalmodiagnostic  
25, Route des Facultés BA  
1319000 Casablanca



Monsieur HAJJOU AHMED

Réf: 11/02/21-1-0227

Par: AJARI / 11/02/21 / 12

CIN: Né(e) le : 15/03/1944 soit:76 A Tél: 0662884383

ville: CASABLANCA

MAT:592

Médecin : Tél:

Date et heure de passage : 11/02/21-12h51

INPE :   
ICE : 001594848000023

Liste des Examens/Prescription

PCR COVI TIMB\_2DH

Total dossier r : 502.00  
Part Client : 502.00  
Part : 0.00  
Part : 0.00  
Part : 0.00

PATIENT



L'Institut Pasteur du Maroc collecte et traite vos données à caractère personnel en vue d'identifier vos prélèvements, mettre à jour votre historique d'analyses et garantir vos droit à la prise en charge. Ces données peuvent être transmises à des laboratoires externes en cas de sous-traitance.

Vous pouvez contacter le service qualité ([qhs@pasteur.ma](mailto:qhs@pasteur.ma)) pour exercer vos droits conformément aux dispositions de la loi 09-08.

# Docteur Mohamed ZIDI

Docteur OPHTALMO

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 jeudi 28 janvier 2021

Monsieur HAJJOU Ahmed

-TEST PCR

Dr. ZIDI Mohamed  
Ophtalmologiste  
25, Route des Facultés 100  
Lotto gnymer Oasis Casablanca





**Institut Pasteur  
du Maroc**

**Directeur**

Pr A. MAAROUFI

**Biologie**

Dr A. Bellik

Dr S. Kacimi

Dr C. Lhamiani

Dr J. Nouril

Dr D. Messaoudi

Dr S. Benjelloun

Dr A. Bennani

Dr S. Bennani

Dr M. Azhari

Dr A. Ainahi

Dr H. Mohammadi

Dr S. EZZIKOURI

**TANGER**

Dr W. Oudaina

**Anatomie-cytopathologie**

Dr H. Benomar

Dr A. Oukkadi

**Cytogénétique**

Dr S. Nasserddine

P

**Monsieur HAJJOU AHMED**

Demande n° **11/02/21-1-0227**

20000 CASABLANCA

Date et heure d'enregistrement : 11/02/21 12H51

Date et heure de prélèvement : 11/02/21 12H59

Date de naissance : 15/03/1944

Hors tiers payant -

Demande n° **11/02/21-1-0227** - -

Édité le : jeudi 11 février 2021

N° CIN/Passeport

**VIROLOGIE**

Valeurs de référence

Antériorités

**Détection du SARS-CoV-2 (COVID-19) par PCR en temps Réel (RT-PCR)  
Real-time PCR (RT-PCR) SARS-CoV-2(COVID-19)**

27/11/20

Nature prélèvement (Specimen) : Rhinopharyngé (nasopharyngeal swab)

Résultat (Result):

**SARS-CoV-2 NEGATIF**  
*SARS-CoV-2 NEGATIVE*

Résultat à interpréter en fonction du contexte clinique.

Réactifs (Reagents) : MAScIR SARS-CoV-2 kit 2.0

Validé le 11/02/21

عبدالرحمن بليق  
Dr. Abderrahmane BELIQU  
Analyste Biologiste  
Institut Pasteur du Maroc  
Tél: +212 522 434 471 / +212 522 260 957

