

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

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



Declaration de Maladie

N° W21-619342

Code

70128

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 805 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite

Nom & Prénom : SOUBAA Zohra née BAHLOUL

Date de naissance : 1.1.1946

Adresse : Residence "Le Pinkneys" 25 Rue Michel Ange

Casa

Tél. : 0661319393 Total des frais engagés : 947,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Lahcen ZAFAD
Ophthalmologiste
Angle Rue Med Bahi et Rue Mansard
Quartier Palmiers Casablanca

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : SOUBAA BAHLOUL ZOHRA Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Cataracte de l'oeil

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 : Casa Le : 19 / 04 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du M attestant le Paiement des
19/04/2011	Cette carte est pour			INP : 090006786
	Frais clinique	46.000,000		
	Frais médecine	34.000,000		
	Frais anesthésie	200		
		-200		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/04/2011	147,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

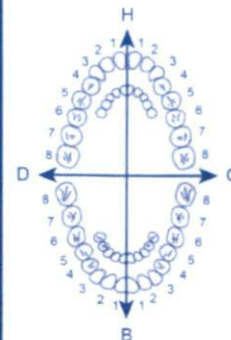
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

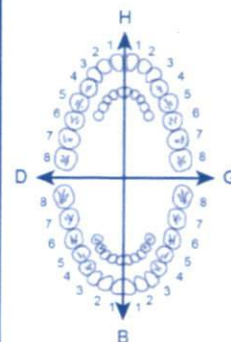
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ORDONNANCE

Casablanca, le :

Mr/Mme

Soubaa BAKLOU 2014A

● SPECTRUM 250mg :

1 comprimé matin et soir pendant 5 jours.



6 118001 070596
Laboratoires Sothema Bouskoura
Tobradex® collyre en suspension, 5 ml
AMM N°: 524/ 18 DMP/ 21/ NTO
Boîte de 1 flacon.
PPV : 35,70 DHS

● TOBRADEX COLLYRE :

1 goutte 4 fois par jour dans l'œil concerné pendant 1 semaine.

1 goutte 3 fois par jour dans l'œil concerné pendant 1 semaine.

1 goutte 2 fois par jour dans l'œil concerné pendant 1 semaine.

1 goutte 1 fois par jour dans l'œil concerné pendant 1 semaine.

● TOBRADEX POMMADE :

Le soir dans l'œil concerné pendant 1 semaine.

● Oxyal COLLYRE :

1 goutte 4 fois par jour dans l'œil concerné pendant 6 semaine.

● OPHTASALINE UNIDOSE :

Un lavage le matin dans l'œil concerné pendant 1 semaine.

● RONDELLES OPHTALMOLOGIQUES

Docteur ZAFAD LAHCEN

Spécialiste de la chirurgie et des maladies des Yeux
Chirurgie Esthétique des paupières et des voies Lacrymales
Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard, Quartier Palmiers-Casablanca
Tél : 05 22 77 77 49
INPE : 091157040
Patente : 34770234

Note d'honneur

N° 5909 du 19/04/2021

Le Docteur :

- Prie M^{me} DOUBAA BAHLOUL ZOHA

D'accepter l'expression de ses sentiments distingués, et lui Présente suivant l'usage, sa note d'honoraires pour :

- intervention de l'oeil
-
-

- S'élevant à la somme de : 4000,00 DH
quatre mille Dirhams

Signature :

Dr. Lahcen ZAFAD
Ophthalmologiste
Angle Rue Med Bahi et Rue Mansard
Quartier Palmiers Casablanca

Casablanca, le : 19/04/2021

PLI CONFIDENTIEL

Date de la Constatation de maladie :

Mme SOUBAA BAHLOUL ZOHR

Diagnostic:

Cataracte de l'oeil

Traitement :

Cure cataractaire

Per phaco Implant

Durée:

15

Cachet et Signature

Dr. Lahcen ZAFAD
Ophtalmologiste
Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard
Quartier Palmiers Casablanca

F A C T U R E

N° : 5909 / 2021 du 19/04/2021

CATARACTE OG

Nom patient **SOUBAA BAHLOUL ZOHRA**
PAYANT

Entrée 19/04/2021

Sortie 19/04/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
SEJOUR	1.00	FC	400.00	400.00
BLOC OPERATOIRE	1.00	CATARACTE	2 900.00	2 900.00
			Sous-Total	3 300.00
PHARMACIE	1.00	CATARACTE	1 300.00	1 300.00
			Sous-Total	1 300.00
Total Clinique				4 600.00

DR. LAHBABI MEHDI (anesthésiste)	1.00		200.00	200.00
DR. AIT RAHAL ABDELLATIF (anesthésiste)	1.00		200.00	200.00
DR. ZAFAD LAHCEN (ophtalmologiste)	1.00	CATARACTE	4 000.00	4 000.00
			Sous-Total	4 400.00
Total Autres prestations				4 400.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :		
NEUF MILLE DIRHAMS	Total	9 000.00

CLINIQUE AL MADINA
 Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard Quartier Palmiers Casablanca
 Tél: 0522 77 77 40 à 49 - Fax: 0522 25 00 01/02

CLINIQUE AL MADINA

SERVICE OPHTALMOLOGIE

CHEF DE SERVICE : Docteur ZAFAD RACHID

COMPTE RENDU OPERATOIRE

Mr. SOUBAA BAHLOUL ZOHRA	
Date d'entrée : 19/04/2021	Diagnostic : Cataracte de l'œil GAUCHE
Date de Sortie: 19/04/2021	Traitement : Cure de cataracte

Rappel :

Opérateur : DR ZAFAD LAHCEN

Anesthésie : DR LAHBABI MEHDI

Intervention :

Cataracte de l'œil GAUCHE

- Désinfection à la bétadine ophtalmologique, cutanée péri orbitaire et dans les culs de sac conjonctivaux de 3 mn.
- Pose d'un champ autocollant stérile.
- Désinfection de la conjonctive à la Bétadine ophtalmologique.
- Incision cornéenne supérieure tunnelisée de 2,4mm.
- Capsulorhexis.
- Hydrodissection.
- Incision porte de service.
- Phacoémulsification en croix.
- Ablation des masses.
- Puissance de l'implant : SENSAR+27.0
- Aspiration du 0 viscoat.
- Hydro-suture.
- Incision auto étanche.
- Pommade antibiotique/anti inflammatoire.
- Pansement.

Dr. Lahcen ZAFAD
Ophtalmologiste
Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard
Quartier Palmiers Casablanca

CLINIQUE AL MADINA
FACILITATION
Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard
Quartier Palmiers - Casablanca
Tél: 0522-77 77 40 à 49 (L-G)
Fax: 0522-25 00 01

Le : 19/04/2021

Références

5 909 / 210419173146138003

PAYANT

Entrée / Sortie : 19/04/2021 - 19/04/2021

Le Dr. AIT RAHAL ABDELLATIF

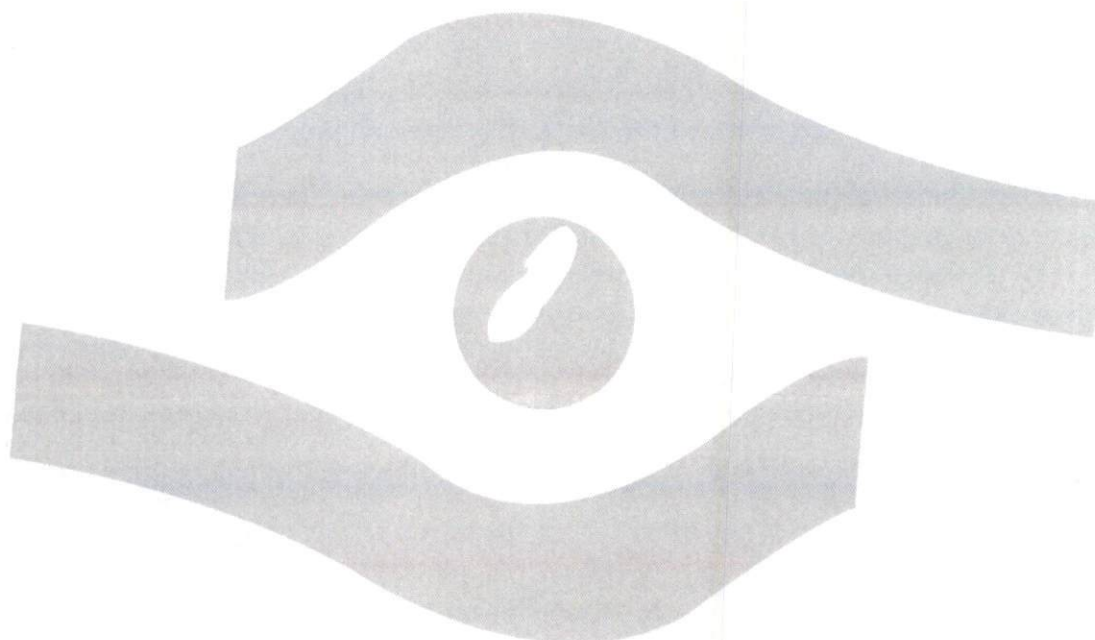
présente à SOUBAA BAHLOUL ZOHRA

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
200.00 Dhs (DEUX CENTS DIRHAMS)

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

Dr. AIT RAHAL Abdellatif
Anesthésiste-Réanimateur
INPE : 97188151

Cachet et signature



Le : 19/04/2021

Références 5 909 / 210419173125138002
PAYANT

Entrée / Sortie : 19/04/2021 - 19/04/2021

Le Dr. LAHBABI MEHDI

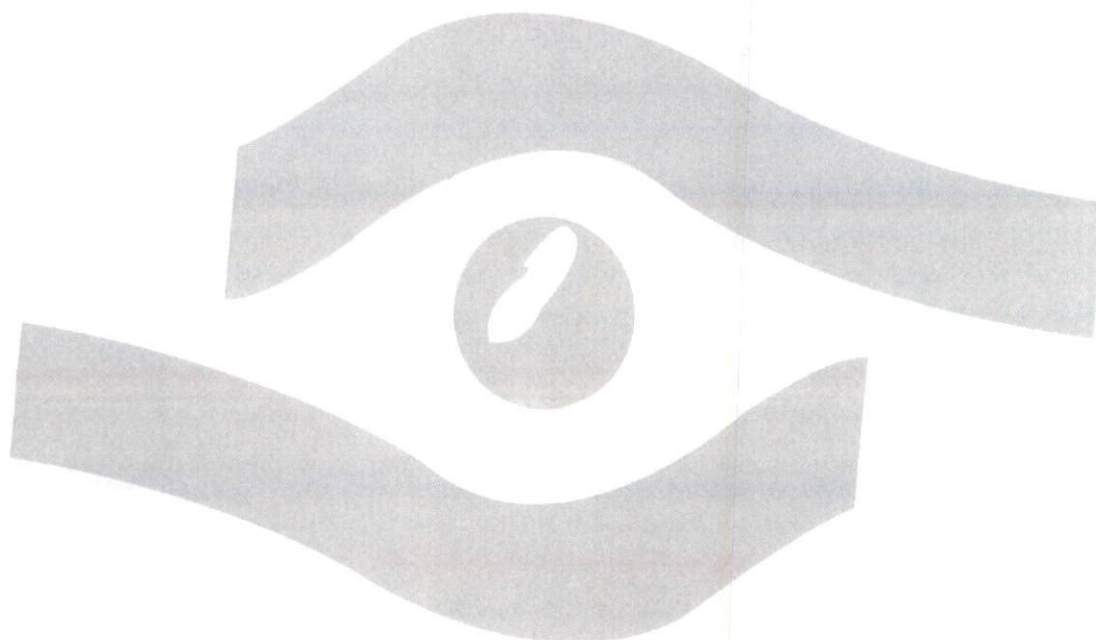
présente à SOUBAA BAHLOUL ZOHRA

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
200.00 Dhs (DEUX CENTS DIRHAMS)

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

Dr Mehdi Lahbabi
Anesthésiste Réanimateur

Cachet et signature



DETAIL PHARMACIE

NOM : Mme SOUBAA BAHLOU

PRENOM : ZOHRA

Designation	QTE	P.U	TOTAL
Triaxon 1g inj	2Btes	161.00	322.00
Mopral 40 mg inj	2Amp	140.00	280.00
Ephedrine 3% inj	2 Btes	112.00	224.00
Ringer Lactate	3 Fl	30.00	90.00
Solu-medrol 120 mg	2 Flacon	57.60	115.20
Kénacort 40 mg	2 Flacon	32.60	65.20
Perfalgan 1 g	2 Flacon	26.36	52.72
Temgesic Inj	3 Amp	26.50	79.50
G5%	3 Fl	24.00	72.00
TOTAL			1 300.00

CLINIQUE AL MADINA
Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard Quartier Palmiers Casablanca
Tél: 0522 77 77 40 à 49 - Fax: 05 22 25 00 01/02
Email: clinique.almadina@yahoo.fr - I.F n°: 1007171 - R.C: 407991 - Patente: 34782425

CASABLANCA

BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 19/04/2021 Heure 09:25

Nom et Prénom du patient

SOUBAA BAHLOUL ZOHRA

Age ou Date Naissance

0 - 01/01/1946

N° Cin du patient ou du tuteur

Adresse

Téléphone

Personne à appeler en cas d'urgence

Médecin traitant

ZAFAD LAHCEN

Durée prévue d'hospitalisation (jours) :

0

Motif d'hospitalisation

CATARACTE OG

Affiliation à une couverture maladie

NON

Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie

Nom et prénom de l'assuré

Lien de parenté

Organisme assureur

Mode de paiement PAYANT

Nom et prénom du signataire :

Signature

Partie à compléter à la sortie

Date Sortie

19/04/2021

Heure

Durée d'hospitalisation (jours)

0

Nom et prénom du signataire

Signature