

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES AIRE 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.

## Maladie

## Dentaire

## Optique

## Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

805

Société :

R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Retraitee

Nom & Prénom :

SOUBA Zohra née BAHLOUL

Date de naissance :

1.1.1946

Adresse :

Residence "le Printemps" 25 Rue Michel Deguy

Tél. :

0661319393

Total des frais engagés : - 947,15 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation :

SOUBA BAHLOUL ZOHRA

Age :

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Céteracte de l'oeil

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.

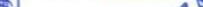
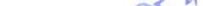
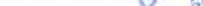
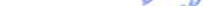
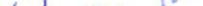
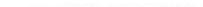
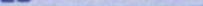
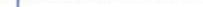
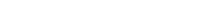
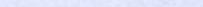
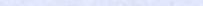
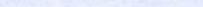
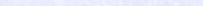
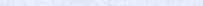
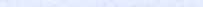
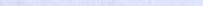
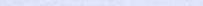
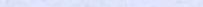
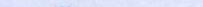
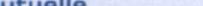
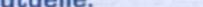
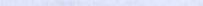
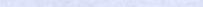
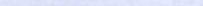
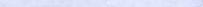
Fait à :

Le : 19/04/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

## RELEVE 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 A
19/04/2021	C27 ex radiologie		frais clinique 46.00,0000 frais medecin 34.000,0000 frais anesthésiste 200 -200	INP : 0900067.867                                                                                                                                                                                                                                       <img alt="

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Dr. [Signature] Anesthésiste	Montant de la Facture Dr. [Signature] Anesthésiste [Signature]
C. 250421	19.6.21 2.7	147.70	Dr. [Signature] Anesthésiste [Signature]

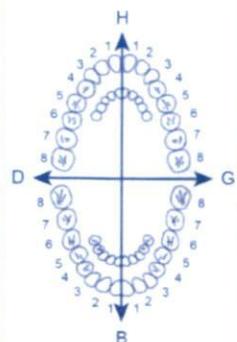
## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

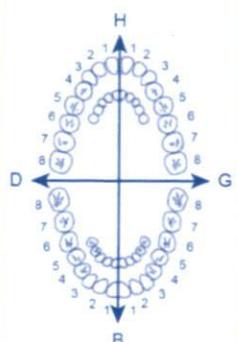
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

### 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
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

## Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession



## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

## DEBUT D'EXECUTION

FIN  
D'EXÉCUTION

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION



## ORDONNANCE

Casablanca, le : 19/04/2021

Mr/Mme Soubaa Bahloul 20 NPA  
Sn. 45

## • SPECTRUM 250mg :

1 comprimé matin et soir pendant 5 jours.



6 118001 070596

Laboratoires Sotema Bouskoura

Tobradex® collyre en suspension, 5 ml

AMM N°: 524/ 18 DMP/ 21/ NTO

Boîte de 1 flacon.

PPV: 35,70 DHS

X

406834 MA

## • 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.

## • Oxygal COLLYRE :

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

## • OPHTASALINE UNIDOSE :

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

## • RONDELLES OPHTALMOLOGIQUES

Angle Rue Mohamed Bahi et rue Mansard (en face du lycée le Cèdre), Quartier Palmiers

Tél : 05 22 77 77 40 à 49(LG) / 05 22 25 00 02 / Fax : 05 22 25 00 01 – Casablanca

E-mail : clinique-almadina@yahoo.fr - IF N° : 1007171 – Patente : 34782425

147,10

**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'honoraire**

N° 5909 du 15/04/2021

Le Docteur :

- Prie Mme. SOUBAA BAHLOUL ZOHRA

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

- Extraction des 10 CT
- .....
- .....
- S'élevant à la somme de : 4000,00 DT  
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 ZOHRA

Diagnostic:

Cataracte de l'œil

Traitement: Cure cataracte

Perophtalmique Implant

Durée:

18

Cachet et Signature

Dr. Lahcen ZAFAR  
 Ophtalmologiste  
 Angle Rue Med. Bahi et Rue Mansard  
 Quartier Palmiers Casablanca

## FACTURE

N°: 5909 / 2021 du 19/04/2021

CATARACTE OG

Nom patient SOUBAA BAHLOUL ZOHRA Entrée 19/04/2021  
 PAYANT 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 (anesthesiste)	1.00		200.00	200.00
DR. AIT RAHAL ABDELLATIF (anesthesiste)	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 :		Total	9 000.00
NEUF MILLE DIRHAMS			

CLINIQUE AL MADINA  
 FACTURATION  
 Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard  
 Quartier Palmiers Casablanca  
 Tél: 0522 777740 à 49 -Fax : 0522 25001/02  
 Fax: 0522 230007

## 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.



Le : 19/04/2021

Références

5 909 / 210419173146138003  
PAYANT

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

Le Dr. AIT RAHAL ABDELLATIF

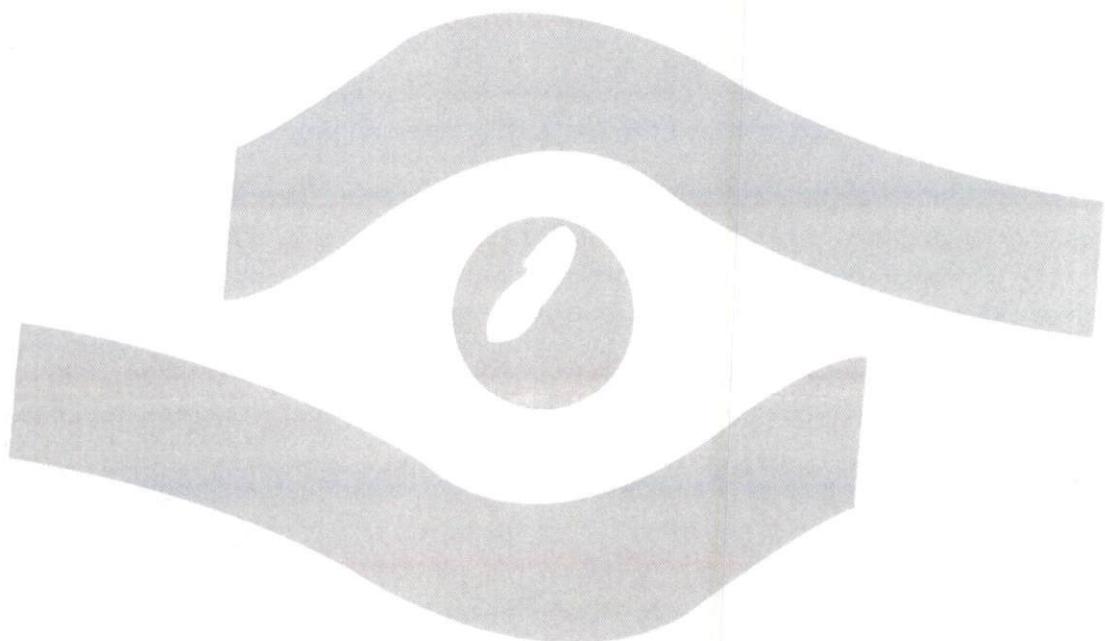
présente à SOUBAA BAHLOUL ZOHRA

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 : 91188151

Cachet et signature



Le : 19/04/2021

Références

5 909 / 210419173125138002  
PAYANT

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

Le Dr. LAHBABI MEHDI

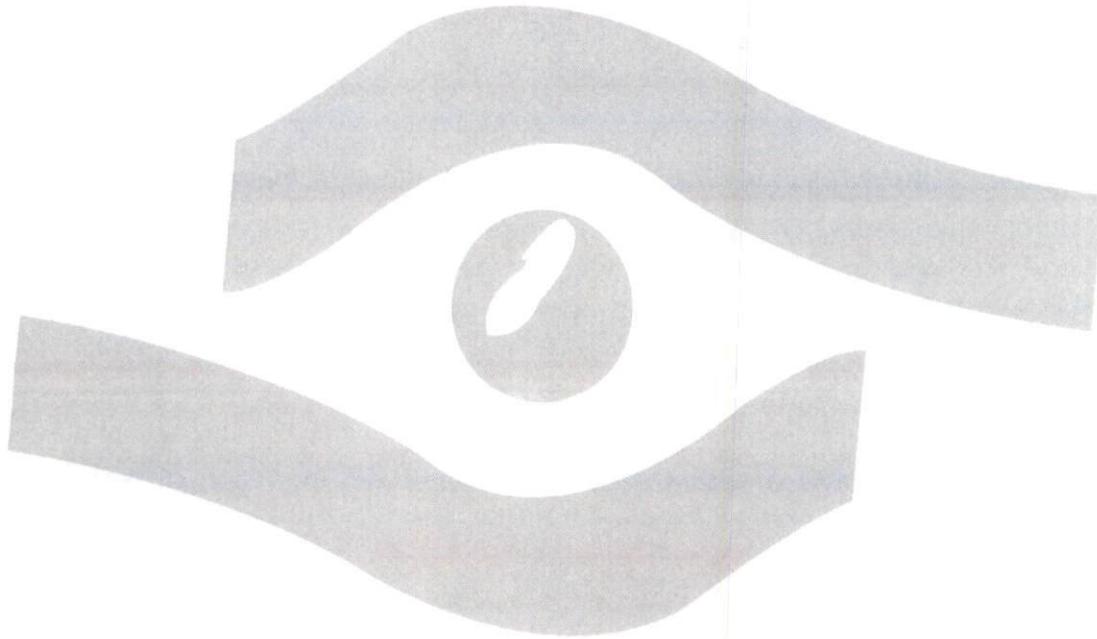
présente à SOUBAA BAHLOUL ZOHRA

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

Anesthésiste Réanimateur  
DR Mehdi Lahbabli

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  
 1007171  
 Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard Quartier Palmiers Casablanca  
 Tel : 05 22 77 77 40 à 49 -Fax : 05 22 25 00 01/02  
 Quartier Palmiers Casablanca  
 Tel: 0522 77 40 49  
 Fax: 0522 77 40 49

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 - 01/01/1946N° Cin du patient ou du tuteurAdresseTéléphonePersonne à appeler en cas d'urgenceMédecin traitant ZAFAD LAHCENDurée prévue d'hospitalisation (jours) : 0Motif d'hospitalisation CATARACTE OGAffiliation à une couverture maladie NON

## Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie

Nom et prénom de l'assuréLien de parentéOrganisme assureurMode de paiement PAYANT

Nom et prénom du signataire :

Signature

## Partie à compléter à la sortie

Date Sortie 19/04/2021HeureDurée d'hospitalisation (jours)

0

Nom et prénom du signataire

Signature