

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.

Diagnostique 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.

Prothèse :

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° M21- 0058907

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3138 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MATINE SOUAD
Date de naissance : 08/11/1952
Adresse : Lot kanga n° 34 rue 8
Tél. : 065857582 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur Mohamed BENNANI
Ophtalmologiste
54, Bd. Rachidi - Casablanca
Tél. : 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22
Date de consultation : 27/11/2021
Nom et prénom du malade : Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Injection Intravitreuse au droit
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 : CAS A Le : 28/07/2021
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 JUIL 2021	k40		1200,00	<p>Dr. Rachid BENNANI Dentiste</p> <p>54, Bd. Rachidi - Casablanca Tél.: 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22</p> <p>CLINIQUE RACHIDI 43, Bd. Rachidi - Casablanca Tél : 05 22 29 43 36 Fax : 05 22 22 03 57</p>
27 JUIL 2021	Facture Clinique		1400,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

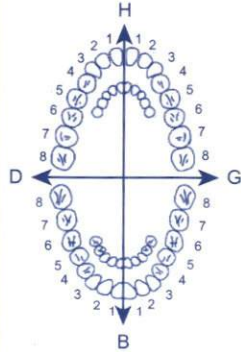
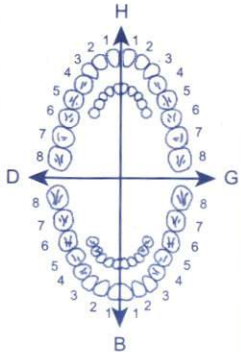
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table> <tr> <td>H</td><td></td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>D</td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr> <td>B</td><td></td></tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]		MONTANTS DES SOINS															
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS															
		DATE DE L'EXECUTION																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Docteur Mohamed BENNANI

Ophthalmologiste

Chirurgie vitréo - rétinienne

Ancien résident du Collège de Médecine
des Hôpitaux de Paris

الدكتور محمد بناني

طب العيون

أمراض وجراحة الشبكية

داخلي سابقا بمستشفيات باريس

CASABLANCA LE 27/07/2021

Mr. MATINE Souad

- Chibroxine 0.3 :

1 goutte, 4 fois par jour, pendant 7 jours.

EN CAS D'URGENCE

CONTACTER Clinique rachidi

0522.22.12.96

0522.29.48.36

Docteur Mohamed BENNANI

Ophthalmologiste

54, Bd. Rachidi - Casablanca

Tél.: 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22

Docteur Mohamed BENNANI

Ophthalmologiste

Chirurgie vitréo - rétinienne

Ancien résident du Collège de Médecine
des Hôpitaux de Paris

الدكتور محمد بناني

طب العيون

أمراض وجراحة الشبكة

داخلي سابقا بمستشفيات باريس

27/07/2021

NOTE D'HONORAIRES

Nom et prénom du patient	Mme MATINE SOUAD
Montant des honoraires	1 200.00 Dhs
	(MILLE DEUX CENTS DIRHAMS)

Docteur Mohamed BENNANI
Ophthalmologiste

54, Bd. Rachidi - Casablanca

Tél.: 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22



Casablanca, le :

الدار البيضاء في

F A C T U R E

N° : 137782 / 2021 du 27/07/2021

Médecin traitant : DR. BENNANI MOHAMED

INJECTION INTRAVITREENNE OEIL DROIT

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation	
Mme MATINE SOUAD	Payant	27/07/21	27/07/21

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
SEJOUR		1.00	200.00	200.00
SALLE OPERATION	K	40.00	25.00	1 000.00
			Sous/Total	1 200.00
PHARMACIE		1.00	200.00	200.00
			Sous/Total	200.00
Total clinique				1 400.00

DR. BENNANI MOHAMED (ophtalmo)	K	40.00	30.00	1 200.00
			Sous/Total	1 200.00
Total autres prestations				1 200.00

Arrêtée à la somme de :	TOTAL GENERAL	2 600.00
DEUX MILLE SIX CENTS DIRHAMS		

BANQUE. P AGENCE AL HADIKA 190 780 21211 9303675 0001 60

Payé le : 27 JUL 2021
Par CHQ N° : ASP 435012
Tiré : ANB
Montant : 1400

Payé le : 27 JUL 2021
Par CHQ N° : ASP 435013
Tiré : ANB
Montant : 1200

CLINIQUE RACHIDI
43, Bd. Rachidi - Casablanca
Tel : 05 22 22 03 57
Fax : 05 22 22 03 57
Direction

43, Boulevard RACHIDI-CASABLANCA

CNSS: 1037680 - IF: 01020458 - RC: 74087

Patente : 35504150 -ICE : 001540813000088

Tél.: 05 22 22 12 96 - 05 22 27 61 41 - 05 22 29 48 36 /37

Fax : 05 22 22 03 57 -Email : rachidi@cliniquerachidi.com



43, شارع الراشدي - الدار البيضاء

ص.و.ض.ج : 1037680 - رقم التعريف : 01020458 - م.ت : 74087 - البانكا : 35504150

الهاتف : 05 22 22 12 96 - 05 22 27 61 41 - 05 22 29 48 36 /37

الفاكس : 05 22 22 03 57 www.cliniquerachidi.com

CLINIQUE RACHIDI

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

27/07/2021 10:00

Nom Patient : MATINE SOUAD

137782

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
27/07/2021	AIGUILLE JETABLE 30G (100)(1)	7	1,00	1,00	1,00
27/07/2021	AVASTIN 100mg/4ml INJECTA (01)	7	1,00	142,10	142,10
27/07/2021	BETADINE BLEUE 125 ml SOLUTIO (01)	7	1,00	15,60	15,60
27/07/2021	CHAMP CHIRURGI.90X100 AGP3 (001)	7	1,00	12,60	12,60
27/07/2021	CHAMP TROUE 50X60CM MD2P (001)	7	1,00	21,80	21,80
27/07/2021	COMPRESSES N/TMEDICOMP 7.5X7. (100)(1)	7	10,00	0,16	1,60
27/07/2021	SERINGUE 1CC INSULINE RR (100)(1)	7	1,00	1,10	1,10
27/07/2021	SERINGUE 5CC RR (100)(1)	7	2,00	1,00	2,00
27/07/2021	STER-DEX 1.335 mg PDE OPH (12)(1)	7	1,00	2,20	2,20
Total pharmacie					200,00



CLINIQUE RACHIDI
OTO-NEURO-OPHTHALMOLOGIE
43 bd RACHIDI

Tel 022 22 12 96
Casablanca

NEUROCHIRURGIE-NEUROLOGIE
OTORHINOLARYNGOLOGIE et
CHIRURGIE MAXILLOFACIALE
OPHTHALMOLOGIE
REANIMATION MEDICO-CHIRURGICALE
LASER C O2-ARGON-YAG
SCANNER SPIRALE
IMPLANTATION COCHLEAIRE
DIAGNOSTIC ET BILAN DE SANTE

جراحة أمراض الرأس والدماغ والعمود الفقري
جراحة الأذن والأنف والحنجرة
جراحة الوجه والعنق
جراحة أمراض العيون
الإنعاش الطبي والجراحي
جهاز الليزر
جهاز السكاير الجسماني الكلي
زرع فوقة الأذن
التشخيص والتحليلات



مصحة الراشدي

Casablanca, le : **BILLET DE SORTIE** الدار البيضاء في

Nom du patient : **Mme MATINE SOUAD**

Chambre :

Médecin traitant **BENNANI MOHAMED**

Prise en charge **Payant**

Date entrée **27/07/2021**

Date sortie **27/07/2021 09:58**

Le caissier

L'infirmier

Le major

CLINIQUE RACHIDI
43, Bd Rachidi - Casablanca
Tél : 05 22 29 48 36
Fax : 05 22 22 03 57
Direction

43, Boulevard RACHIDI-CASABLANCA

CNSS: 1037680 - IF: 01020458 - RC: 74087 - Patente : 35504150
Tél.: 05 22 22 12 96 - 05 22 20 92 42 / 43 - 05 22 29 48 36 / 37
Fax : 05 22 22 03 57 - Email : rachidi@cliniquerachidi.com



www.cliniquerachidi.com

43, شارع الراشدي - الدار البيضاء

ص. و. ض. ج: 1037680 - رقم التعريف: 01020458 - س. ت: 74087 - البانكا: 35504150
الهاتف: 05 22 29 48 36 / 37 - 05 22 20 92 42 / 43 - 05 22 22 12 96
الفاكس: 05 22 22 03 57

Docteur Mohamed BENNANI

Ophtalmologiste

Chirurgie vitréo - rétinienne

Ancien résident du Collège de Médecine
des Hôpitaux de Paris

الدكتور محمد بناني

طب العيون

أمراض وجراحة الشبكية

داخلي سابقا بمستشفيات باريس

CASABLANCA LE 27/07/2021

Mr. MATINE Souad présente une dégénérescence maculaire liée à l'âge
complicé de décollement séreux qui a nécessité une injection intravitréenne
d'anti VEGF oeil droit ce jour

Docteur Mohamed BENNANI

Docteur Mohamed BENNANI
Ophtalmologiste
54, Bd. Rachidi - Casablanca
Tél.: 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22