

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Informations 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.

### 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 5ème 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- 061213

83014

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00583 Société : RAM 14.4.65

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

RETRAITE

Nom & Prénom : AMINE ABDELLAH

Date de naissance : 01.01.1940

Adresse : HAY MLY ABDELLAH Rue 132 N° 52 ANCHOK  
casablanca

Tél. : 060500538 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur BADAoui A.  
OPHTALMOLOGUE  
27, Rue Farhat Hachad  
Tél : 05 22 26 61 68 / 05 22 43 02 71

Date de consultation : 11 AOÛT 2021

Nom et prénom du malade : Amine Fatma Age : 72

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Injection Intracatartactique au Pauc

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 : .....

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
1. AOUT 2021	k40		1500,00	<p>OPHTALMOLOGUE</p> <p>27, Rue Farbat Rachad</p> <p>Tel : 05 22 26 81 65 / 05 22 43 02 71</p> <p><b>CLINIQUE RACHID</b></p> <p>43, Bd. Rachidi - Casablanca</p> <p>Tel : 0522 29 48 36 / 0522 20 92</p>
11 AOUT 2021	Facture chis'que		1500,00	
total			3000,00	

CLINIQUE RACHIDIENNE

43 Bd. Rachidi - Casablanca  
Tél : 0522 29 48 36 / 0522 20 92 43

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/8/20	40,40

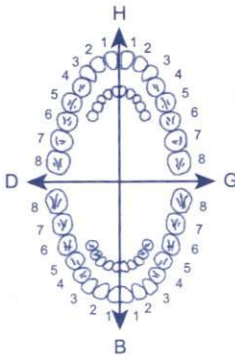
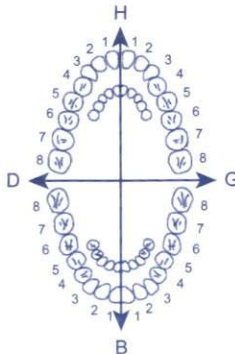
[illegible][illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

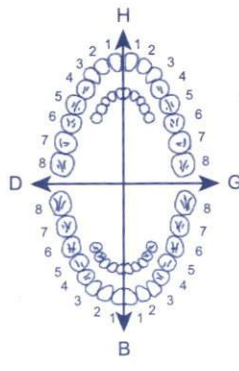
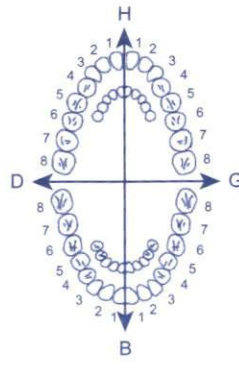
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan**

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div><div><div>H</div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D-----G</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div></div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le ..... 11-08-2021 ..... في البيضاء

## COMPTE RENDU INJECTION

Madame AMINE Fatna, âgée de 72 ans , a subi une deuxième injection d'avastin à l'oeil gauche le 11-08-2021

- Instillation de novésine
- Mise en place Blépharostat
- Lavage des culs sac avec bétadine diluée
- Injection de l' AVASTIN 0,1ml à 5mm du limbe
- Collyre antibiotique
- Pansement .

Dr BADAOUI Abdellatif  
OPHTALMOLOGUE  
27, Rue Farhat Hachad - Casablanca  
Tél: 0522 26 61 68 / 0522 43 02 71  
ophta-badaoui@gmail.com

Casablanca, le : 22/08/11 ..... الدار البيضاء في

Mme ANINE FATNA

40.42

- Exocine Collyre

2 gte x 4/j

147 7/15



**Dr BADAOU A.**  
Docteur BADAOU A.  
OPHTALMOLOGUE  
27, Rue Farnat Hachad  
Tél: 05 22 26 01 68 / 05 22 43 02 71







Casablanca, le : ..... في ..... الدار البيضاء

# FACTURE

N° : 137975 / 2021 du 11/08/2021

Médecin traitant : DR. BADAQUI ABDELLATIF

INJECTION INTRAVITRENNNE OEIL GAUCHE

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation	
Mme AMINE FATNA	Payant	11/08/21	11/08/21
AMINE ABDELLAH			

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	300.00	300.00
			Sous/Total	300.00
Total clinique				1 500.00

DR. BADAQUI ABDELLATIF (ophtalmo)	K40	1.00	1 500.00	1 500.00
			Sous/Total	1 500.00
Total autres prestations				1 500.00

Arrêtée à la somme de :	TOTAL GENERAL			3 000.00
TROIS MILLE DIRHAMS				

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

**PAYE ESPECES**

Le 11 AOUT 2021  
Montant 3000

**CLINIQUE RACHIDI**

43, Bd. Rachidi - Casablanca  
Tél : 0522 29 48 36 / 0522 20 92 43  
Fax : 05 22 22 03 57

**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 - س. ت. : 74087 - البناتما : 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

11/08/2021 09:37

Nom Patient : AMINE FATNA

137975

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
11/08/2021	AIGUILLES MICROLANCE 30GBD (100)(1)	7	1,00	2.50	2.50
11/08/2021	AVASTIN 100mg/4ml INJECTA (01)	7	1,00	221.10	221.10
11/08/2021	BETADINE BLEUE 125 ml SOLUTIO (01)	7	1,00	25.00	25.00
11/08/2021	COMPRESSES N/TMEDICOMP 7.5X7. (100)(1)	7	5,00	0.22	1.10
11/08/2021	FRAKIDEX 0.1 % PDE OPH (01)	7	1,00	20.80	20.80
11/08/2021	PANSEMENT P.M (001)	7	1,00	25.00	25.00
11/08/2021	SERINGUE 1CC INSULINE RR (100)(1)	7	1,00	1.50	1.50
11/08/2021	SERINGUE 5CC RR (100)(1)	7	2,00	1.50	3.00
Total pharmacie					300.00

## CLINIQUE RACHIDI

## NOTE D'HONORAIRES

AM

Le : 11/08/2021 09:38

Références 37975 / Payant  
Entrée / Sortie : 11/08/2021 - 11/08/2021


N° 66158

Le Docteur BADAOUI ABDELLATIF

présente à Mme AMINE FATNA

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
1 500.00 Dhs (MILLE CINQ CENTS DIRHAMS)

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



Docteur BADAOUI A.  
OPHTALMOLOGUE  
27, Rue Farhat Hachad  
Tél: 05 22 26 61 68 / 05 22 43 02 71

Cachet et signature

**CLINIQUE RACHIDI**  
**OTO-NEURO-OPHTALMOLOGIE**  
**43 bd RACHIDI**

Tel 022 22 12 96  
Casablanca

**BILLET DE SORTIE**

Nom du patient : <b>Mme AMINE FATNA</b>		
Chambre :		
Médecin traitant	<b>BADAoui ABDELLATIF</b>	
Prise en charge	<b>Payant</b>	
Date entrée	<b>11/08/2021</b>	
Date sortie	<b>11/08/2021</b>	<b>09:34</b>
Le caissier	L'infirmier	Le major

**CLINIQUE RACHIDI**  
43, Bd. Rachidi - Casablanca  
Tél : 0522 29 48 36 / 0522 20 92 43  
Fax : 05 22 22 03 57