

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.

Nº M20- 0005371

118017

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5685 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SÉKKAT Mohammed

Date de naissance : 20.12.1936

Adresse : 32, Lut. 006 ment. Firdibas

Tél. : 06.13.07.46.47 Total des frais engagés : 3998 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Rachid ZAFAR
OPHTALMOLOGISTE
532 Bd Panoramique - Casablanca
Tel. : 05 22 77 77 40 à 49 (LG)
Fax : 05 22 25 00 01

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : SÉKKAT Mohammed

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : DTLA

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) :

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
08/03/2022	CS + F2		400.0H	FACTURATION 532, Bd Pasteur - Casablanca Tél: 05 22 77 74 00 - 05 22 50 00 65 Fax: 05 22 25 00 01
09/03/2022	INTELLION	3000		Dr. ZAFAD DENTISTE Casablanca
EXECUTION DES ORDONNANCES				
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture		
PHARMACIE ZAFAD 168, Lotissement SINDJI Ain Diab - Casablanca	09.03.22	438,00		

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	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

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



09 mars 2022

Mr. SEKKAT MOHAMMED

1/ INDOCOLLYRE



1 goutte 3 fois par jour , dans l'œil gauche, pendant 15 jours

2/ EOLE DUAL COLLYRE



1 goutte 3 fois par jour pendant 3 mois, dans les deux yeux

PPC: 135,00

E01 21
02/2024

PPC: 135,00

LOT E03 21
10/2024

PPC: 135,00

E03 21
10/2024



PHARMACIE ONZAC
168, Lotissement SINDIBAD
Aïn Diab - CASABLANCA
Tél : 05 22 79 78 74

Dr. Rachid ZAFAD
OPHTALMOLOGISTE

532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél. : 05 22 77 40 à 49 (LG)
Fax : 05 22 25 00 01





Casablanca, le 09/08/2022

PLI CONFIDENTIEL

Nom du Malade:

SEKRAI Dohmmed

Diagnostic :

DMLA EASUATIVE

Traitement :

INJECTION INTRAT
VITREENNE OG

Durée :

CLINIQUE AL MADINA
FACTURATION
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél.: 05 22 77 77 40 à 49 (LG)
Fax: 05 22 25 00 01
Dr. Racid ZAFAD
Ophtalmologue
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél.: 05 22 77 77 40 à 49 (LG)
Fax: 05 22 25 00 01
Signature



F A C T U R E

N°: **1809 / 2022** du **09/03/2022**

INJECTION INTRA VITRÉENNE (IVT) OG

Nom patient **SEKKAT MOHAMMED**
PAYANT

Entrée **09/03/2022**
Sortie **09/03/2022**

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
INJECTION	1,00		3 000,00	3 000,00
Sous-Total				3 000,00
Total Clinique				3 000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS MILLE DIRHAMS	Total	3 000,00
		0,00

*CLINIQUE AL MADINA
FACTURATION
532, Bd Panoramique Casablanca
Tél.: 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)
Fax: 05 22 25 00 01*



CLINIQUE AL MADINA

SERVICE OPHTALMOLOGIE

CHEF DE SERVICE : Docteur ZAFAD RACHID

COMPTE RENDU OPERATOIRE

Monsieur SEKKAT MOHAMMED

Date d'entrée : 09/03/2022
Date de sortie: 09/03/2022

Diagnostic : œdème maculaire OG
Traitement : INJECTION INTRA VITREENNE

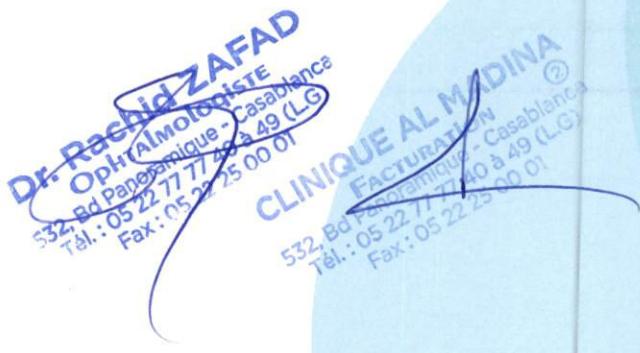
Rappel :

Opérateur : DR ZAFAD RACHID

Intervention :

INJECTION INTRA VITREENNE OG

- Sous anesthésie topique
- Désinfection à la Bétadine ophtalmologique, cutanée péri orbitaire et dans les culs de sacs conjonctivaux pendant 3min
- Pose d'un champ auto collant stérile ;
- Repérage au compas de site d'injection à 4 mm du limbe
- Injection intra vitréenne d'anti-inflammatoire
- Vérification positive de la vision par la vue des doigts
- Pommade antibiotique.
- Pansement.



BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 09/03/2022 Heure 13:35

<u>Nom et Prénom du patient</u>	SEKKAT MOHAMMED	<u>Age ou Date Naissance</u>	0 - 01/01/1936
<u>N° Cin du patient ou du tuteur</u>			
<u>Adresse</u>			
<u>Téléphone</u>			
<u>Personne à appeler en cas d'urgence</u>			
<u>Médecin traitant</u>	ZAFAD RACHID	<u>Durée prévue d'hospitalisation (jours) :</u>	1
<u>Motif d'hospitalisation</u>	INJECTION INTRA VITRÉENNE (IVT) OG		
<u>Affiliation à une couverture maladie</u>	NON		

Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie	
<u>Nom et prénom de l'assuré</u>	<u>Lien de parenté</u>
<u>Organisme assureur</u>	
<u>Mode de paiement</u>	PAYANT

Nom et prénom du signataire :

Signature

Partie à compléter à la sortie				
<u>Date Sortie</u>	09/03/2022	<u>Heure</u>	14:36	
<u>Nom et prénom du signataire</u>	<i>Rachid ZAFAD</i>			
<i>532 Bd Panoramique Casablanca Tél: 05 22 77 77 40 Fax: 022 25 00 02 RC: 407991 TP: 1007171 ICE: 001630200000096 CNSS: 7582358</i>			<u>Durée d'hospitalisation (jours)</u>	1
				<i>Signature</i>