

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 ALP :

- 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 - 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° M20- 0005371

118017

☒ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5685 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SEKKAT Mohammed
 Date de naissance : 20.12.1936
 Adresse : 32 Lotissement Indifad
 Tél. : 0613074647 Total des frais engagés : 3998,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Dr. Rachid ZAFAD
 Ophtalmologiste
 532 Bd Panoramique - Casablanca
 Tél. : 05 22 77 77 40 à 49 (LG)
 Fax : 05 22 25 00 01
 Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : SEKKAT Mohammed Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : DMLA dégénérative
 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) :

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

08/03/2022	cs + f2	4000H		
09/03/2022	Injection	3000		

EXECUTION DES ORDONNANCES

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

09-03-22

598,00

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

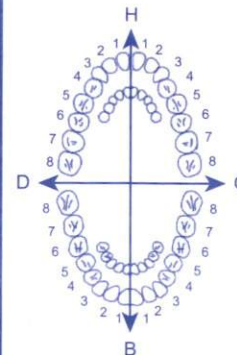
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement 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

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	00000000	21433552	00000000
D		B	
00000000	35533411	00000000	11433553

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

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



09 mars 2022

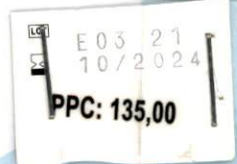
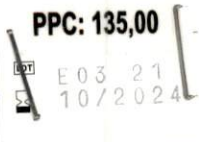
Mr. SEKKAT MOHAMMED

1/ INDOCOLLYRE

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

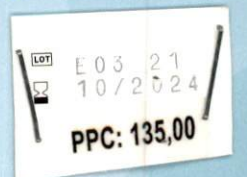
2/ EOLE DUAL COLLYRE

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



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:

SEKRA MOHAMMED

Diagnostic :

DM LA EASUATIVE

Traitement :

INTERIEUR INTERA
VITRENNNE OG

Durée :

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

Dr. Rachid ZAFAD
Ophtalmologue
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél.: 05 22 77 77 40 à 49 (L.G.)
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 :	Total	3 000,00
TROIS MILLE DIRHAMS		
		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	Diagnostic : œdème maculaire OG
Date de sortie : 09/03/2022	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 vitrénne d'anti-inflammatoire
- Vérification positive de la vision par la vue des doigts
- Pommade antibiotique.
- Pansement.

Dr. Rachid ZAFAD
Ophtalmologiste
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél. : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G.)
Fax : 05 22 25 00 01

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

BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 09/03/2022 Heure 13:35

Nom et Prénom du patient

SEKKAT MOHAMMED

Age ou Date Naissance

0 - 01/01/1936

N° Cin du patient ou du tuteur

Adresse

Téléphone

Personne à appeler en cas d'urgence

Médecin traitant

ZAFAD RACHID

Durée prévue d'hospitalisation (jours) :

1

Motif d'hospitalisation

INJECTION INTRA VITRÉENNE (IVT) 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 09/03/2022

Heure

14:36

Durée d'hospitalisation (jours)

1

Nom et prénom du signataire

Signature