

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W21-602025

132213

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricule : 2579      Société : RAM

Actif       Pensionné(e)       Autre :  
Nom & Prénom : BENAISSA Ahmed

Date de naissance : 01/04/1943      Adresse : habituelle

Tél. : 06 71 92 70 04      Total des frais engagés : #1045,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Rachid ZAFAD**  
OPHTALMOLOGISTE  
532, Bd Panoramique - Casablanca  
Tél : 05 22 77 40 849 (LG)  
Fax : 05 22 25 00 01

Date de consultation : 27/10/2012      Nom et prénom du malade : Benaiissa Ahmed

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Parent       Enfant  
Nature de la maladie : Membrane

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Dr. Rachid ZAFAD  
532 Bd Panoramique - Casablanca  
Tél : 05 22 77 40 849 (LG)

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) :

H

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
27/09/22	Cst fo	400 Dhs	QUE AL MADINA TIRATION 18- Casablanca 49	INP : 091AB91390 Rachid ZAFAD ALMOLOGISTE Casablanca (HG)

**Dr. Rachid ZAFAD**  
Ophtalmologiste  
Panoramique - Casablanca  
Tél: 0527 77 40 à 49 (L.G.)  
Fax: 0527 55 00 01

~~EXECUTIONS ET ORDONNANCES Bd Paris 05 22 22 25 00~~

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Marcia Morsad lot. Bouchra Route 1100 di Maârouf Casablanca +212 0522 32 19 29</i>	27/03/2022	645,00

0526-  
82043710

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## 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	INP : <input type="text"/>
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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				

# Docteur Rachid ZAFAD

Ophtalmologiste

Diplômé de la faculté

de Médecine de Paris VII

Chirurgie Vitreo - rétinienne



الدكتور رشيد زفاص

إخلاصي في طب العين

خريج كلية الطب بباريس

جراحة الجسم الزجاجي و الشبكية

مصحة المدينة

CLINIQUE AL MADINA

Pharmacie Mo sad  
931 et Bouchra Bout  
Sidi Maârouf-Casablanca  
Tel: 0522 82 19

## ORDONNANCE

27 septembre 2022

Mr BENAISSE AHMED

68,00€ 3

1/ DICLOCED

S. V.

1 goutte 2 fois par jour, dans l'œil droit, pendant 3 mois

MAIS 68,00€ 3  
2/ THEALOSE

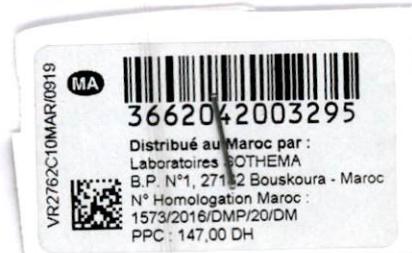
S. V.

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

T = 645,00

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

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



**Docteur . Hamid FARAH**

**Ophtalmologiste**



**الدكتور . حميد فراح**

**أخصائي أمراض و جراحة العيون**

**جالة - ضغط العين - الحول**

**مسالك الدموع - انгиوكرافيا**

**اللنيز - العدسات الاصناف**

**جراحة عيوب البصر**

**طبيب العيون سابقا بمستشفى 20 غشت**

**طبيب العيون سابقا بمستشفى مولاي يوسف**

**Spécialiste de la Chirurgie  
et des Maladies des Yeux**

**Cataracte - Glaucome - Strabisme**

**Voies Lacrymales - Angiographie**

**Laser - Lentilles de Contact...**

Ancien Médecin Ophtalmologiste à l'hôpital 20 AOÛT

Ancien Médecin Ophtalmologiste à l'hôpital My Youssef

Casablanca, Le

26 SEP. ٢٠١٧

الدار البيضاء في

BENISSA Alain,

membrane épithéliale. ٥٣

me consult Dr ZAFAR  
NDEH

Chp ac narin A.

3rd pannier  
cass.

~~docteur Hamid FARAH~~

~~Ophtalmologiste~~

~~71 Oum Errabbi Rue 50 N° 2~~

~~El Oulfa - CASABLANCA~~

~~Tel: 05 22 93 29 91~~

Bd OUM Errabbi - Rond point OMAR EL MOKHTAR Rue 50 N°3 - EL OULFA - Casablanca - Tél.: 05 22 93 29 91

شارع أم الربيع - مدار عمر المختار - زنقة 50 رقم 3 هي الألفة الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 93 29 91

# CLINIQUE AL MADINA

## F A C T U R E

N° : **9287 / 2022** du **27/09/2022**

*CONSULTATION + FOND*

Nom patient	<b>BENAISSA AHMED</b>	Entrée	<b>27/09/2022</b>
	<b>PAYANT</b>	Sortie	<b>27/09/2022</b>

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>CONSULTATION + FOND D'OEIL</b>	<b>1,00</b>		<b>400,00</b>	<b>400,00</b>
<b>Sous-Total</b>				<b>400,00</b>
<b>Total Clinique</b>				<b>400,00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> <b>QUATRE CENTS DIRHAMS</b>	<b>Total</b>	<b>400,00</b>

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

**CENTRE  
MONETIQUE  
INTERBANCAIRE**

**ACHAT**

27/09/2022                    09:11:04  
9900636219  
96362101  
CLINIQUE AL MADINA  
Casablanca

A0000000031010  
APP : VISA  
**BENAISSA/AHMED.MR**  
\*\*\*\*\*2825  
05/23        CARTE NATIONALE  
F322F604074FF0E7  
220-0-9999-1-44

**MONTANT:**                  **400.00 MAD**  
**NUM TRANSACTION :**      002  
**NUM AUTORISATION:** OA8511  
**STAN**                         : 002906

**DEBIT**

**Le CMI vous remercie**

---

**TICKET A CONSERVER**  
**Copie Client**