

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.

| | | | |
|--|--|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input checked="" type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : | 1424 | Société : | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : NAMASSE MOSTAFA | | | |
| Date de naissance : | 18-04-1952 | | |
| Adresse : 15, Rue 2 HAY SALAM CASABLANCA | | | |
| Tél. : | 0669795094 | Total des frais engagés : | Dhs |

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

| | | | |
|---|--|-----------------------------------|---------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| <p style="text-align: center;"><i>Dr. Raehid ZAFAD</i> Ophtalmologiste 532, Bd Panoramique - Casablanca Tél. : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G) Fax. : 05 22 25 00 01</p> | | | |
| Date de consultation : | 13/02/2023 | Nom et prénom du malade : | NAMASSE MOSTAFA Age: 70 |
| Lien de parenté : | <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : <i>Jecollecuent de la rétine</i> | | | |
| 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. | | | |
| 12 AVR 2023 | | | |

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 : *CASABLANCA* Le : *20/02/2023*

Signature de l'adhérent(e) : *Kef*

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

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|

13/02/23 CASH 400 DH INP : 1001897910

12/03/23 CAS CPA 300 DT INP : 0918400000

EXECUTION DES ORDONNANCES

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

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : [REDACTED] |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|------------------------------------|
| [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED] |
| [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | MONTANTS DES SOINS [REDACTED] |
| [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | DEBUT D'EXECUTION [REDACTED] |
| [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | FIN D'EXECUTION [REDACTED] |
| [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED] |
| [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | MONTANTS DES SOINS [REDACTED] |
| [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | DATE DU DEVIS [REDACTED] |
| [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | DATE DE L'EXECUTION [REDACTED] |

ODF PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 28533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 00000000 | 00000000 |
| | 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

Docteur Rachid ZAFAD

Ophtalmologiste
Diplômé de la faculté
de Médecine de Paris VII
Chirurgie Vitréo - rétinienne



مصحة المدينة

CLINIQUE AL MADINA

الدكتور رشيد زفاض

إخلاصي في طب العيون
خريج كلية الطب بباريس
جراحة الجسم الزجاجي و الشبكية

ORDONNANCE

13 février 2023

Mr NAMASSE MOSTAFA

35.70

1/ TOBRADEX: collyre

1 goutte 4 fois par jour, dans l'œil droit, pendant 8 jours

gauche

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

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

Docteur Rachid ZAFAD

Ophtalmologiste

Diplômé de la faculté
de Médecine de Paris VII
Chirurgie Vitréo - rétinienne



مصحة المدينة
CLINIQUE AL MADINA

ORDONNANCE

الدكتور رشيد زفاص

اختصاصي في طب العيون

خريج كلية الطب بباريس

جراحة الجسم الزجاجي و الشبكية

13 février 2023

Mr NAMASSE MOSTAFA

Echographie B

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

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

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R EN° : **4485 / 2023** du **20/02/2023**

| | | | |
|-------------|------------------------|--------|-------------------|
| Nom patient | NAMASSE MOSTAFA | Entrée | 13/02/2023 |
| | PAYANT | Sortie | 13/02/2023 |

ECHOGRAPHIE-EXTERNES

| Désignation des prestations | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|-----------------------------|--------|------------|---------------|---------------|
| ECHOGRAPHIE-EXTERNES | 1,00 | | 500,00 | 500,00 |
| Total Clinique | | | | 500,00 |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

| | | |
|--------------------|--------------|---------------|
| CINQ CENTS DIRHAMS | Total | 500,00 |
| | | |

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA
532 Bd Panoramique - Casablanca
Tél. : 05 22 77 40 à 49 (L.G)
Fac. : 05 22 77 40 à 49 (L.G)

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R E

N° : **4759 / 2023** du **22/02/2023**

Nom patient **NAMASSE MOSTAFA**
PAYANT

Entrée 22/02/2023
Sortie 22/02/2023

| Désignation des prestations | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|-----------------------------|--------|------------|---------------|---------|
|-----------------------------|--------|------------|---------------|---------|

| | | | | | |
|-----------------------|------------|-------------|--|-------------------|---------------|
| FRAIS CLINIQUE | <i>CPA</i> | 1,00 | | 150,00 | 150,00 |
| | | | | <i>Sous-Total</i> | 150,00 |

Total Clinique **150.00**

| | | | | | |
|---------------------------------------|------------|-------------|--|-------------------|---------------|
| DR. HANZAZ AMINE (reanimateur) | <i>CPA</i> | 1,00 | | 150,00 | 150,00 |
| | | | | <i>Sous-Total</i> | 150,00 |

Total Autres prestations 150.00

| | | | |
|--|----------------------------|--------------|---------------|
| <i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> | TROIS CENTS DIRHAMS | Total | 300,00 |
| | | | |

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

Dr. HANZAZ AMINE
Anesthesie Reanimation

A blue ink stamp on a white background. The stamp contains the text "CLINIQUE AL MADINA" in large, bold, sans-serif capital letters, oriented vertically from bottom-left to top-right. Above this, in smaller text, is "PEC". To the left of the main text, there is a circular emblem containing a stylized figure. Below the main text, there is more detailed contact information: "Fax : 05 22 25 00 01", "tel : 05 22 77 40 49 (G)", "522 Bd Pétain - Casablanca", and "722 Bd Pétain - Casablanca".

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R E

N° : **4484 / 2023** du **20/02/2023**

Nom patient **NAMASSE MOSTAFA**
PAYANT

Entrée **13/02/2023**
Sortie **13/02/2023**

CONSULTATION + FOND

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

Total Clinique **400,00**

Arrêtée la présente facture à la somme de :

| | | |
|----------------------|--------------|---------------|
| QUATRE CENTS DIRHAMS | Total | 400,00 |
| | | |

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA
532 Bd Panoramique - Casablanca
Tél. : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)
Fax : 05 22 25 00 61



Casa-le, 13/02/2023

COMPTE RENDU : ECHOGRAPHIE OCULAIRE

Patient : NAMASSE MOSTAFA

Médecin correspondant: **DR ZAFAD RACHID**

Œil droit:

- Echographie (B) :

- Globe : Contour et morphologie réguliers .
- Cristallin: Echogene
- Vitré : RAS.
- Rétine : A plat par tout .

Œil gauche:

- Echographie (B) :

- Globe : Contour et morphologie réguliers .
- Cristallin : Echogene
- Vitré : RAS.
- Rétine : Décollement de rétine

Conclusion: OG: Cristallin échogene vitré transonore+décollement de rétine temporal.

DR ZAFAD RACHID

Tél.: - Fax: - Email:

Patient: NAMASSE MOSTAFA**N° de dossier:**

Adresse: -

Tél.:

Sexe:

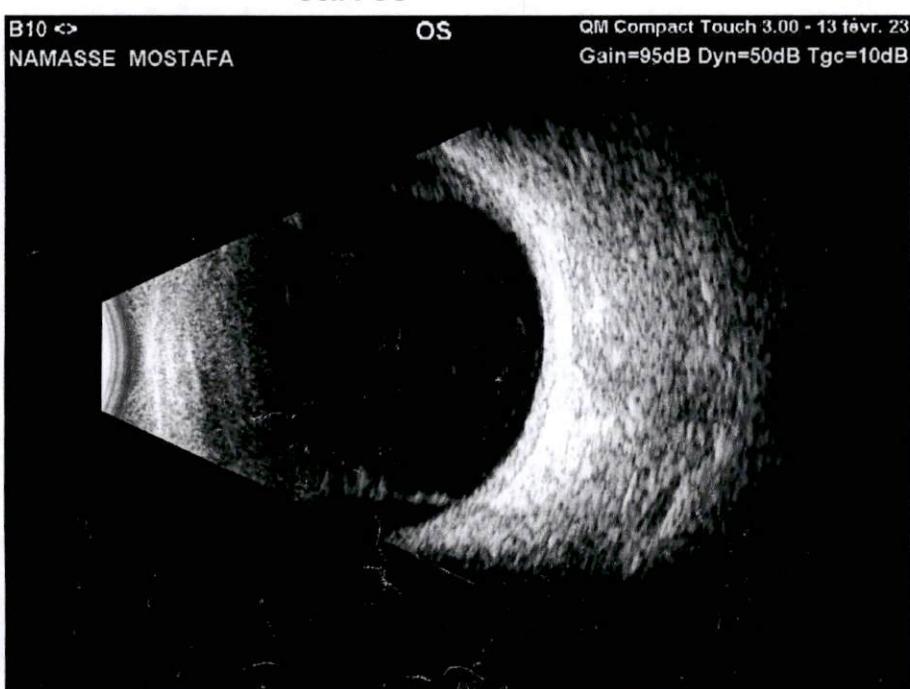
Date de naissance: 01 janv. 1900

Oeil : OS

Date d'examen: 13 févr. 2023

**Oeil : OS**

Date d'examen: 13 févr. 2023



Patient: NAMASSE MOSTAFA**N° de dossier:**

Adresse: -

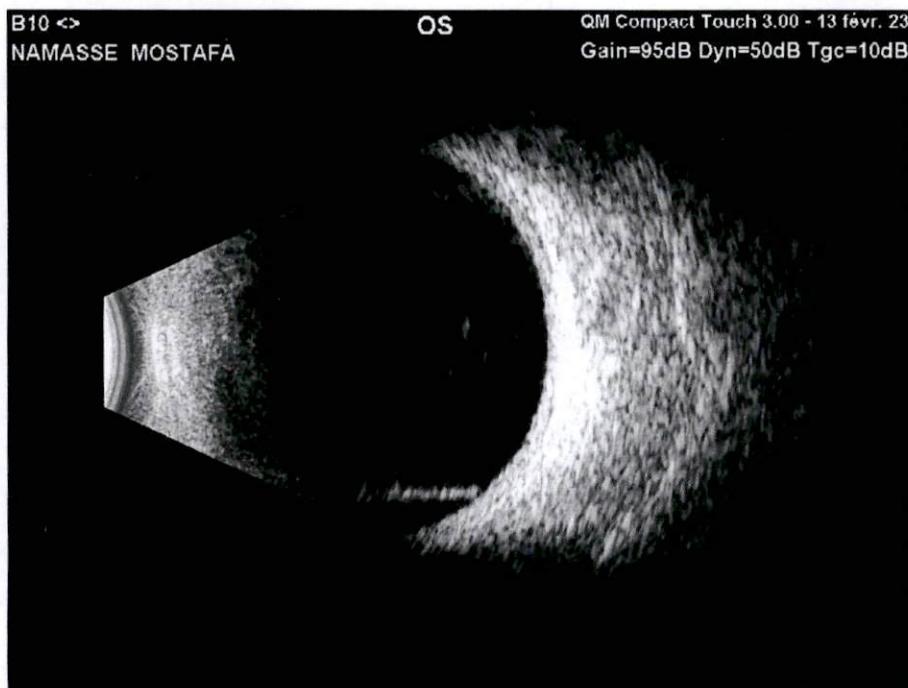
Tél.:

Sexe:

Date de naissance: 01 janv. 1900

Oeil : OS

Date d'examen: 13 févr. 2023

**Oeil : OS**

Date d'examen: 13 févr. 2023



Patient: NAMASSE MOSTAFA

N° de dossier:

Adresse: -

Sexe:

Date de naissance: 01 janv. 1900

Tél.:

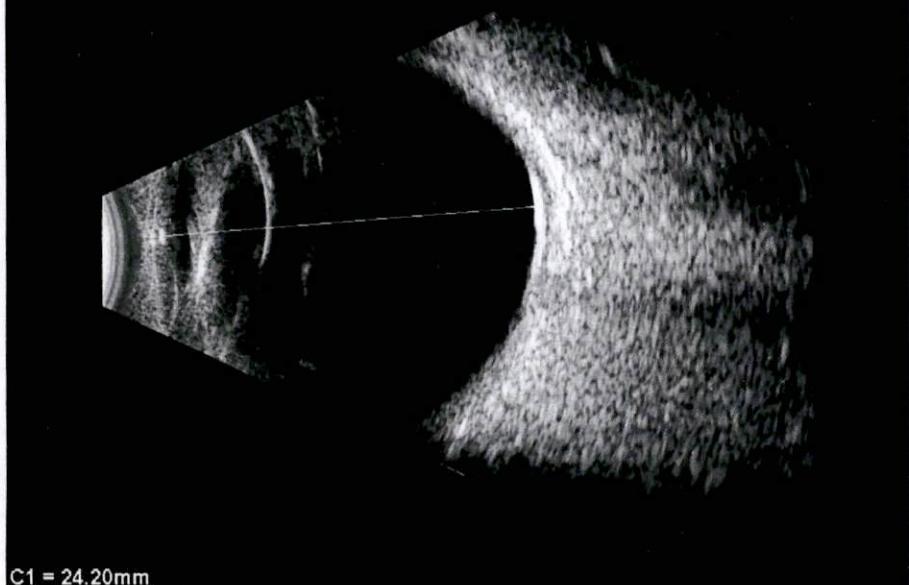
Oeil : OD

Date d'examen: 13 févr. 2023

B10 <>
NAMASSE MOSTAFA

OD

QM Compact Touch 3.00 - 13 fevr. 23
Gain=90dB Dyn=50dB Tgc=10dB



C1 = 24.20mm

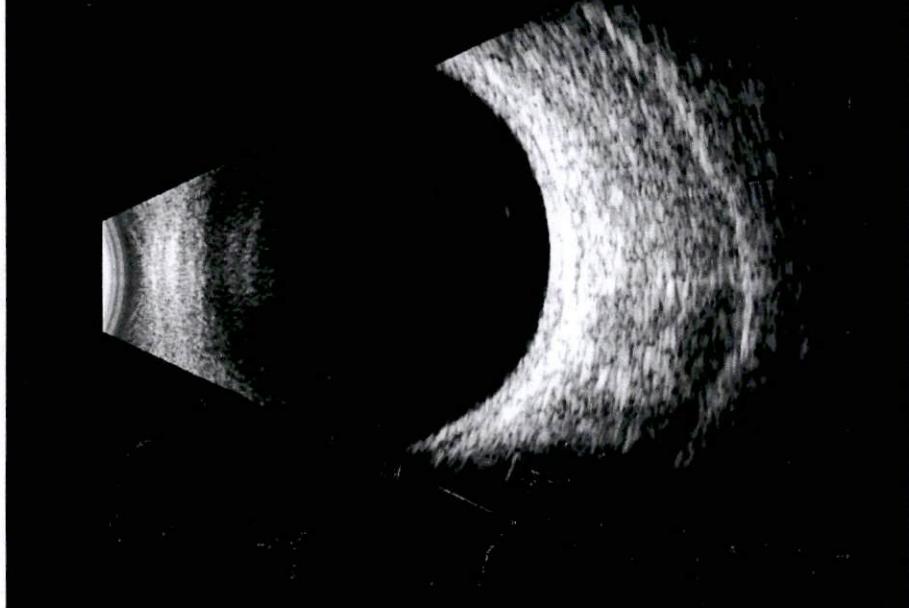
Oeil : OD

Date d'examen: 13 févr. 2023

B10 <>
NAMASSE MOSTAFA

QD

QM Compact Touch 3.00 - 13 fevr. 23
Gain=90dB Dyn=50dB Tgc=10dB



Patient: NAMASSE MOSTAFA**N° de dossier:**

Adresse: -

Tél.:

Sexe:

Date de naissance: 01 janv. 1900

Oeil : OD

Date d'examen: 13 févr. 2023

