

# 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 2992

Société :

163048

Actif  Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : Boucetta Saïda

1947

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : 18.000,- 120,- 300,- Dhs  
+ 58.600,- Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/04/2013

Nom et prénom du malade : Boucetta Saïda ..... Age :

Lui-même  Conjoint  Enfant

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

Oculaire, OPHTHALMOLOGISTE

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Le 20.99.20 / 20.99.31

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 : Casablanca ..... Le : 28/04/2013

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
28/04/2023	I U T	FC 12000 Dhs	Dr. BAKRAT Chakib OPHTHALMOLOGISTE 32, Rue Galilée CASA TEL: 0522 52 48 02 / 0522 52 48 31	
28/04/2023	O C 7	300 - 00	FC 15000 Dhs	

**CLINIQUE AL MADINA**  
FACILITATION  
532, Bd Panoramique - Casablanca

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Hala DAHIDISSI Docteur en Pharmacie Casablanca Tél.: 0522 52 48 02	28.04.2023	58,60 dhs.

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

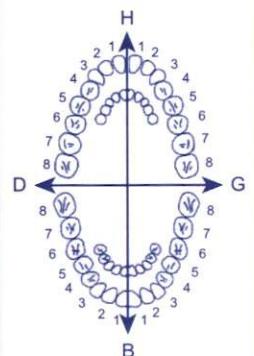
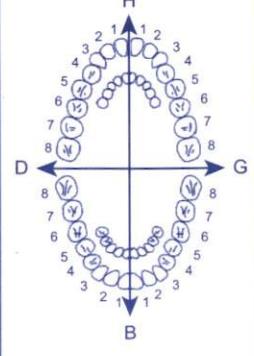
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 canalaire, 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
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	B D G	DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## ORDONNANCE

PPV : 58,60 Dhs

**Lefox® 0,5 %**  
Lévofoxacine  
Flacon de / Bottle of 5 ml

Le 28/06/2023

Mme/M BONCETTA SAIDA

58,60

1/ Lefox collyre



1 goutte 3 fois par jour dans l'œil concerné pendant 5 jours.

2/ Eole dual collyre

1 goutte 3 fois par jour dans l'œil concerné pendant 1 mois



**CLINIQUE AL MADINA**  
FACTURATION  
532, Bd Panoramique Casablanca  
Tél. : 05 22 77 77 40 à 49 (LG)

Dr. BAKKALI Chakib  
CONTAMQUA SNC  
32, Rue Galilee Casablanca  
Tél. 20.99.20 / 20.99.31

# CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

## F A C T U R E

N° : **9860 / 2023** du **28/04/2023**

Nom patient **BOUCETTA SAIDA**  
**PAYANT**

Entrée **28/04/2023**  
Sortie **28/04/2023**

*IVT AVASTIN OG*

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

<b>FRAIS CLINIQUE</b>	<i>INJECTION</i>	1,00	<b>1 200,00</b>	<b>1 200,00</b>
			<i>Sous-Total</i>	<b>1 200,00</b>
<b>Total Clinique</b>				<b>1 200,00</b>

<b>DR. BAKKALI CHAKIB (ophtalmologue)</b>	<i>INJECTION</i>	1,00	<b>1 600,00</b>	<b>1 600,00</b>
<b>DR. BAKKALI CHAKIB (ophtalmologue)</b>		1,00	<b>200,00</b>	<b>200,00</b>
			<i>Sous-Total</i>	<b>1 800,00</b>
<b>Total Autres prestations</b>				<b>1 800,00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> <b>TROIS MILLE DIRHAMS</b>	<b>Total</b>	<b>3 000,00</b>

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENC MECQUE- CASA

X

Dr. BAKKALI Chakib  
OPHTALMOLOGISTE  
32, Rue Gardeur 045.1  
Tél. 20.99.20 / 20.99.31

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



## COMPTE-RENDU OPERATOIRE

Patient **BOUCETTA SAIDA**

Chirurgien **DR. BAKKALI CHAKIB**

Anesthésiste

Nature de l'intervention **IVT AVASTIN OG**

Date intervention **28/04/2023**

Type d'anesthésie **Topic**

*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.**

Dr. BAKKALI Chakib  
OPHTHALMOLOGISTE  
532, Bd Panoramique - Casablanca  
Tél: 05 22 77 40 à 49 (L.G)

CLINIQUE AL MADINA  
4ème étage - Casablanca  
532, Bd Panoramique - Casablanca  
Tél: 05 22 77 40 à 49 (L.G)

**CLINIQUE AL MADINA**  
MULTIDISCIPLINAIRE

CASABLANCA

**BILLET DE SORTIE**

Nom du patient : <b>BOUCETTA SAIDA</b>		Chambre : <b>SO</b>
Médecin traitant <b>BAKKALI CHAKIB</b>	Prise en charge <b>PAYANT</b>	
Date entrée <b>28/04/2023</b>	Date sortie <b>28/04/2023</b>	
Diagnostic : <b>IVT AVASTIN OG</b>		
Le caissier	L'infirmier	<b>RDV</b>
<i>Billet de sortie établi par : HAJARAIT 28/04/2023 11:36</i>		<b>23D281026</b>

**Nb: Veuillez ramener obligatoirement ce billet de sortie lors de votre prochain RDV.**

Dr. BAKKALI Chakib  
OPHTALMOLOGISTE  
30, Rue Galien - Casablanca  
Tél. 20.95.70 / 26.95.31

CLINIQUE AL MADINA  
FACULTATION  
532, Bd Pasteur - Casablanca  
Tél. 212 3 37 77 40 à 49 (L.G)