

# 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.

**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- 0001727

☒ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

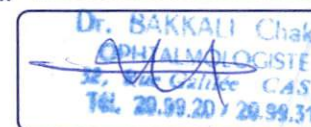
☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2992 Société : 163048  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BOUCETTA Saïda  
 Date de naissance : 1947  
 Adresse :  
 Tél. : Total des frais engagés : 18.00 + 12.00 + 3.00,00 Dhs  
+ 58,60 DH

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/04/2023  
 Nom et prénom du malade : BOUCETTA Saïda Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Oculaire  
 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 : Casablanca Le : 28/04/2023  
 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
28/04/2023	I.V.T.	FC	12000dh	<p>Dr. BAKKALI Charib</p> <p>OPHTALMOLOGISTE</p> <p>32, Rue Galilée CASA</p> <p>Tél: 203920 / 203931</p> <p>CLINIQUE AL MADINA</p> <p>FACILITATION</p> <p>532 Rd Panoramique - Casablanca</p> <p>05 22 52 48 02 (L.G)</p>
28/04/2023	CS	300	18000dh	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

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

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			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



## ORDONNANCE

PPV : 58,60 Dhs

**Lefox® 0,5 %**

Lévofoxacine

Flacon de / Bottle of 5 ml

Le 28/06/2023

Mme/M BGMCFITA 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**  
FACILITATION  
532, Bd Panoramique Casablanca  
Tél.: 05 22 77 77 40 à 49 (L.G.)  
Fax: 05 22 25 00 01

**Dr. BAKKALI Chakib**  
OPHTALMOLOGISTE  
32, Rue Galilée 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
FRAIS CLINIQUE	1,00		1 200,00	1 200,00
			Sous-Total	1 200,00
Total Clinique				1 200,00

DR. BAKKALI CHAKIB (ophtalmologue)	1,00		1 600,00	1 600,00
DR. BAKKALI CHAKIB (ophtalmologue)	1,00		200,00	200,00
			Sous-Total	1 800,00
Total Autres prestations				1 800,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	3 000,00
TROIS MILLE DIRHAMS		

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

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

Dr. BAKKALI Chakib  
OPHTALMOLOGUE  
32, Rue Galilee - CASABLANCA  
Tél. 20.99.20 / 20.99.31



## 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'anesthési **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 vitrénne d anti-inflammatoire**
- Vérification positive de la vision par la vue des doigts**
- Pommade antibiotique.**
- Pansement.**

Dr. BAKKALI Chakib  
OPHTALMOLOGISTE  
30 Rue Galilée - CHS-1  
Tél. 20.99.20 / 20.99.31

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

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>
Billet de sortie établi par : HAJARAIT 28/04/2023 11:36 23D281026		

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

Dr. BAKKALI Chakib  
OPHTALMOLOGISTE  
12, Rue Galilée  
Tél. 20.95.70 / 20.95.31

CLINIQUE AL MADINA  
FACILITATION  
532, Bd. Panoramique - Casablanca  
Tél. : 0539 77 77 49 à 49 (L.G)