

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.

Maladie

Dentaire

Déclaration de Maladie
M22- 0034205

Optique 163057

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2992

Société Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOUCETTA Saida

INIQUE AL MADINA FACTURATION CASABLANCA

Date de naissance :

Bd Panoramique Casablanca
el. 05 22 77 70 à 49 (LG)
Fax: 05 22 25 00 01

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 1400 + 1600 + 91,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BAKKALI Chakib
OPHTALMOLOGISTE
32, Rue Galilee CASA
Tél. 30.99.30 / 28.99.31

Date de consultation : 26/05/2023

Nom et prénom du malade : BOUCETTA Saida Age:

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : OCULAIRES

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie : DIABETE

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

Signature de l'adhérent(e) :

INIQUE AL MADINA FACTURATION CASABLANCA
Bd Panoramique Casablanca
el. 05 22 77 70 à 49 (LG)
Fax: 05 22 25 00 01 Le : 26/05/2023



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant l'exécution des Actes
26/05/23	JVT AVastin OG		Frais Clinique 1400 H.T.D 1600	INIQUE AL MADINA FACTURATION Bd Panoramique - Casablanca Tel : 05 22 77 77 40 à 49 (LG) Fax : 05 22 25 00 01 Dr. BAKKALI Chahid SPLA NOUVELLE CAST Tél. 20.95.20 / 20.95.34

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26.05.2023	91,60

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
		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 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			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	B D G	MONTANTS DES SOINS
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ORDONNANCE

E. 26/05/2023

M. : BONCETTA SAIDA.
→ 55,10



The logo consists of the letters 'AS' in a stylized font, enclosed within a circular border.

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

090006784



F A C T U R E

N° : 13321 / 2023 du 26/05/2023

Nom patient BOUCETTA SAIDA Entrée 26/05/2023
PAYANT Sortie 26/05/2023

I/VT AVASTIN OG

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

FRAIS CLINIQUE	1.00	URG	1 400.00	1 400.00
			Sous-Total	1 400.00
Total Clinique				1 400.00

DR. BAKKALI CHAKIB (ophtalmologue)	1.00		1 600.00	1 600.00
			Sous-Total	1 600.00
Total Autres prestations				1 600.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	3 000.00
TROIS MILLE DIRHAMS		

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENC MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA
FACTURATION
2, Bd Panoramique - Casablanca
tél.: 05 22 77 40 3 49 (L.G)
Fax : 05 22 25 00 01

Dr. BAKKALI Chakib
OPHTALMOLOGISTE
Tel: 05 22 77 40 3 49
Fax: 05 22 25 00 01

COMPTE-RENDU OPERATOIRE

Patient Mme BOUCETTA SAIDA

Chirurgien DR. BAKKALI CHAKIB

Anesthésiste

Nature de l'intervention IVT AVASTIN OG

Date intervention 26/05/2023

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.*

X
Dr. BAKKALI Chakib
OPHTALMOLOGISTE
32, AV. GAISSA - CASABLANCA
TEL. 20.99.20 / 20.99.31

INIQUE AL MADINA
FACTURATION
2, Bd Panoramique - Casablanca
tel.: 05 22 77 77 40 à 49 (LG)
Fax: 05 22 25 00 01

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

CASABLANCA

BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 26/05/2023 Heure 10:12

Nom et Prénom du patient MmeBOUCETTA SAIDA Age ou Date Naissance 77 - 01/01/1947

N° Cin du patient ou du tuteur A117604

Adresse marrakech

Téléphone

Personne à appeler en cas d'urgence

Médecin traitant BAKKALI CHAKIB

Durée prévue d'hospitalisation (jours) : 0.50
0.00

Motif d'hospitalisation IVT AVASTIN OG

Affiliation à une couverture maladie OUI

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 - MUPRAS

Nom et prénom du signataire :

Signature

Partie à compléter à la sortie

Date Sortie 26/05/2023 Heure Durée d'hospitalisation (jours) 0.50

Nom et prénom du signataire

Signature
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. BAKKALI Chakib
CHIRURGIEN-DENTISTE
32, Rue Galilée - Casablanca
Tél. 28.99.20 / 28.99.31*