

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **rmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **diologie 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.

## **tique :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **éducation :**

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.

## **ntaire :**

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**

Reclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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° P19- 0009436**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **7250** Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : **SAHNAOUI ABDEL** Date de naissance :

Adresse : **H1/b LOT WAFA DRoua**

Tél. : **06 19 49 14 57** Total des frais engagés : ..... Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

**Docteur Mohamed BENNAJIB**  
Ophtalmologiste  
54, Bd. Rachidi - Casablanca  
Tél. 05 22 22 40 22/05 22 22 62 32

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : **SAHNAOUI PRIDE LIPTI** Agé :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **INFECTION INTRAVITRAINEE OEL GAUCHE**

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 : .....

Le : ..... / ..... / .....

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
05	CHIRURGIE		1200	Docteur Mohamed BEN AMI Ophtalmologiste 54, Bd. Rachidi - Casablanca tel.: 05 22 22 40 22 / 05 22 22 62 22
03				
2020	LECTURE CLINIQUE		1450	CLINIQUE RACHIDI Bd. Rachidi - Casablanca

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	5/2/20	60.32

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## 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 traitements canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DÉBUT D'EXÉCUTION
				FIN D'EXÉCUTION
O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT			

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	-
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch (maxilla) with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: D (left), G (right), H (top), and P (bottom). Each tooth is represented by a circle containing a number from 1 to 8. Some teeth also have additional symbols: 'P' is placed above the upper central incisors; 'V' is placed below the lower central incisors; and 'W' is placed below the lower lateral incisors. The numbers are distributed as follows: Top row (H): 1, 2, 1, 2. Second row: 3, 4, 3, 4. Third row: 5, 6, 5, 6. Fourth row: 7, 8, 7, 8. Fifth row: 8, 9, 8, 9. Sixth row: 7, 6, 7, 6. Seventh row: 6, 5, 6, 5. Eighth row: 5, 4, 5, 4. The bottom row (P) has two additional teeth, each marked with a small triangle pointing downwards.

#### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Mohamed BENNANI**

Ophtalmologiste

**Chirurgie vitréo - rétinienne**

Ancien résident du Collège de Médecine  
des Hôpitaux de Paris

الدك نانى

CHIBROXINE 0,3%

COLLYRE Flacon 5ml - PPV : 40,39 DH



AMM MAROC

N°34 DMP/21/NCI  
Distribué par les Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1 Boukraou - 27182 - MAROC

داخلي سابقا بمستشفى بربس

CASABLANCA LE 05/02/2020

Monsieur SAHNAOUI Abdellatif

403

- Chibroxine 0.3 :

1 goutte, 4 fois par jour, pendant 7 jours.

✓



**EN CAS D'URGENCE**

CONTACTER Clinique rachidi

0522.22.12.96

0522.29.48.36

*Docteur Mohamed BENNANI*

*Ophtalmologiste*

54, Bd. Rachidi - Casablanca

Tél.: 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22

54, Bd Rachidi - Casablanca - Tél. : 05.22.22.40.22/05.22.22.62.22 - Fax : 05.22.22.73.22

05.22.22.73.22 شارع الراشيدي - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.22.62.22/05.22.22.40.22 - الفاكس :

ICE 001709416000017

**Docteur Mohamed BENNANI**

Ophtalmologiste

**Chirurgie vitréo - rétinienne**

Ancien résident du Collège de Médecine  
des Hôpitaux de Paris

الدكتور محمد بناني

طب العيون

أمراض وجراحة الشبكة

داخلي سابق بمستشفى باريس

05/02/2020

**NOTE D'HONORAIRES**

Nom et prénom du patient

**Mr SAHNAOUI ABDELLATIF**

Montant des honoraires

**1 200.00 Dhs**

**(MILLE DEUX CENTS DIRHAMS)**

Docteur Mohamed BENNANI

Ophtalmologiste

54, Bd. Rachidi - Casablanca

Tél.: 05.22.22.40.22/05.22.22.62.22



CLINIQUE RACHIDI

NEUROCHIRURGIE-NEUROLOGIE  
OTORHINOLARYNGOLOGIE et  
CHIRURGIE MAXILLOFACIALE  
**RACHIDI**  
OPHTALMOLOGIE  
**OPHTALMOLOGIE**  
REANIMATION MEDICO-CHIRURGICALE  
LASER C O<sub>2</sub>-ARGON-YAG  
SCANNER SPIRALE  
**IMPLANTATION COCHLEAIRE**  
DIAGNOSTIC ET BILAN DE SANTE

Tel 022 22 12 96  
Casablanca

## DIAGNOSTIC ET BILAN DE SANTE

- جراحة أمراض الرأس والدماغ و العمود الفقري
- جراحة الأذن والأنف والحنجرة
- جراحة الوجه والعنق
- جراحة أمراض العيون
- الإنعاش الطبي والجراحي
- جهاز الليزر
- جهاز السكانير الجسماني الكلي
- زرع قوقعة الأذن
- التشخيص والتحليلات

مصححة  
الراشدي

## BILLET DE SORTIE

**BILLET DE SORTIE**  
Casablanca, le : .....

الدار البيضاء، في:

Nom du patient : Mr SAHNAOUI ABDELLATIF

Chambre :

Médecin traitant **BENNANI MOHAMED**

## Prise en charge Payant

Date entrée **05/02/2020**

Date sortie 05/02/2020 14:00

## Le caissier

### L'infirmier

Le major

**CLINIQUE RACHIDI**  
La 3, Bd. Rachidi Casablanca  
Tél: 05 22 29 48 36 73 /  
Montant : ~~150000~~ diras.

**43, Boulevard RACHIDI-CASABLANCA**  
CNSS: 1037680 - IF : 01020458 - R.C.: 74087 - Patente : 35504150  
Tél.: 05 22 22 12 96 - 05 22 20 92 42/43 - 05 22 29 48 36/37  
Fax : 05 22 22 03 57 - E-mail : rachidi@cliniquerachidi.com



[www.cliniquerachidi.com](http://www.cliniquerachidi.com)

43. شارع الراشدي - الدار البيضاء  
ص.و.ض: 1037680 - رقم التعريف: 01020458 - س.ت: 74087 - البتانة: 50  
الهاتف: 022 22 12 96 - 05 22 22 92 42/43 - 05 22 22 36/37  
fax: 05 22 22 03 57

Casablanca, le :

## FACTURE

N° : **127151 / 2020** du **05/02/2020**

Médecin traitant : DR. BENNANI MOHAMED

INJECTION INTRAVITREENNE OEIL GAUCHE

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation	
<b>Mr SAHNAOUI ABDELLATIF</b>	Payant	05/02/20	05/02/20
<hr/>			

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
S OP K40	K	40.00	25.00	1 000.00
SEJOUR	CH	1.00	200.00	200.00
			<b>Sous/Total</b>	<b>1 200.00</b>
PHARMACIE		1.00	250.00	250.00
			<b>Sous/Total</b>	<b>250.00</b>
			<b>Total clinique</b>	<b>1 450.00</b>

DR. BENNANI MOHAMED (ophtalmo)	K	40.00	30.00	1 200.00
			<b>Sous/Total</b>	<b>1 200.00</b>
			<b>Total autres prestations</b>	<b>1 200.00</b>

Arrêtée à la somme de : DEUX MILLE SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS	<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>2 650.00</b>

BANQUE. P AGENCIE AL HADKA 190 780 21211 9303675 0001 60

**PAYE ESPECES**

Le ..... 05/02/2020  
Montant ..... 2650

**CLINIQUE RACHIDI**  
43, Bd. Rachidi Casablanca  
Tél: 0522 29 48 36 / 37  
Reception

43. شارع الراشدي - الدار البيضاء

ص.و.ض: 1037680 - رقم التعريف: 01020458 - س.ن: 74087 - البقا

الهاتف: 05 22 29 48 36/37 - 05 22 27 61 41 - 05 22 22 12 96

الفاكس: 05 22 03 57 - www.cliniquerachidi.com

43, Boulevard RACHIDI-CASABLANCA

CNSS: 1037680 - IF : 01020458 - R.C : 74087

Patente : 35504150 - ICE : 001540813000088

Tél.: 05 22 22 12 96 - 05 22 27 61 41 - 05 22 29 48 36/37

E-mail: rachidi@cliniquerachidi.com



**CLINIQUE RACHIDI****DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE**

05/02/2020 14:02

Nom Patient :	SAHNAOUI ABDELLATIF	127151
---------------	---------------------	--------

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
05/02/2020	AIGUILLES MICROLANCE 30GBD (100)(1)	7	1,00	3.00	3.00
05/02/2020	AVASTIN 100mg/4ml INJECTA (01)	7	1,00	151.80	151.80
05/02/2020	BETADINE BLEUE 125 ml SOLUTIO (01)	7	1,00	25.00	25.00
05/02/2020	CHAMP CHIRURGI.90X100 AGP3 (001)	7	1,00	14.00	14.00
05/02/2020	CHAMP TROUE 50X60CM MD2P (001)	7	1,00	24.00	24.00
05/02/2020	PANSEMENT P.M (001)	7	1,00	25.00	25.00
05/02/2020	SERINGUE 1CC INSULINE RR (100)(1)	7	1,00	2.00	2.00
05/02/2020	SERINGUE 5CC RR (100)(1)	7	2,00	1.50	3.00
05/02/2020	STER-DEX 1.335 mg PDE OPH (12)(1)	7	1,00	2.20	2.20
<b>Total pharmacie</b>					<b>250.00</b>

**Docteur Mohamed BENNANI**  
Ophtalmologiste  
**Chirurgie vitréo - rétinienne**  
Ancien résident du Collège de Médecine  
des Hôpitaux de Paris

الدكتور محمد بناني  
طب العيون  
أمراض وجراحة الشبكة  
داخلي سابق بمستشفيات باريس

CASABLANCA, le 05/02/2020

**RAPPORT MEDICAL**

Monsieur SAHNAOUI Abdellatif présente un œdème maculaire à l'œil gauche qui a nécessité ce jour une injection intravitréenne d'anti VEGF.

Docteur Mohamed Bennani

*Docteur Mohamed BENNANI*  
Ophtalmologiste  
54, Bd. Rachidi - Casablanca  
Tél.: 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22