

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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.

## Education :

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.

## Prothésiste :

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

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

Maladie

Dentaire

Optique

47911

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0502 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHOUOBAN AHMED

Date de naissance : 01-01-1948

Adresse : ATTAS AMOUN RUE 8 N° 48 EL ou LFA

Tél. : 0664 60 30 06 Total des frais engagés : 1390,30 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Mohamed BENNANI  
Ophtalmologist  
54, Bd. Rachidi - Casablanca  
Tel. : 05 22 22 40 22/05 22 22 62 22

19 NOV. 2020

Date de consultation :

04/11/2020

Nom et prénom du malade : CHAOUAN AHMED Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : INFLAMMATION KEROSCOPIQUE DROIT

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 : 04/11/2020

Le : 04/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Julio

## 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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 04/05/20        | K20               |                       | 600.00 Dhs                      | Docteur Mohamed BENNANI<br>Ophtalmologiste<br>54, Bd. Rachidi - Casablanca<br>tel: 05 22 22 40 22/05 22 22 62 22 |
| 04/05/20        | K20 à Ch          |                       | 750.00 Dhs                      | RACHIDI  |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien<br>Fournisseur  | Date       | CLINIQUE<br>43, Bd Rachid<br>Montant de la Facture<br>Tél: 0522 25 36 00<br>Réception |
|--|------------|---|
| Dr. BERNARDINI JAAF<br>102, Bd Oued Sbou -<br>CASABLANCA<br>TÉL: 0522 25 36 00 | 06/11/2017 | 40,30   |

## ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

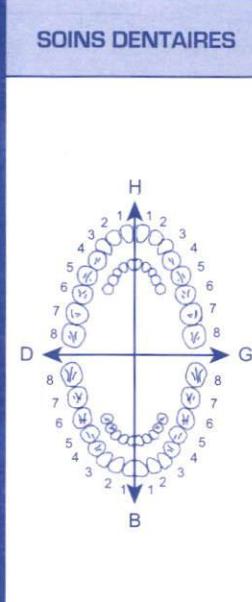
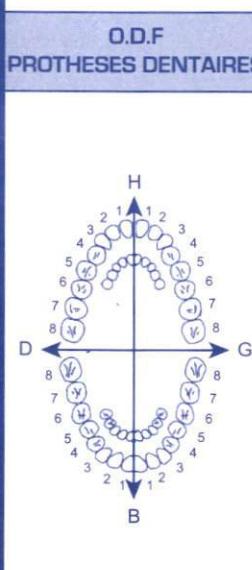
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | 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 canalaires, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées  | Nature des Soins | Coefficient |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                         |
|--|---|------------------|-------------|-------------------------|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|-------------------------|
|   |   |                  |             | Coefficient des travaux |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                         |
|  |   |                  |             | Montants des soins      |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                         |
|  |   |                  |             | Début d'exécution       |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                         |
|  |   |                  |             | Fin d'exécution         |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE  |                  |             |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                         |
|  | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> </table> |                  |             | H                       | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 | G | 00000000 | 00000000 | Coefficient des travaux |
| H  | 25533412  | 21433552         |             |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                         |
| D  | 00000000  | 00000000         |             |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                         |
| B  | 35533411  | 11433553         |             |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                         |
| G  | 00000000  | 00000000         |             |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                         |
|  | <p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>   |                  |             | Montants des soins      |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                         |
|  |   |                  |             | Date du devis           |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                         |
|  |   |                  |             | Date de l'exécution     |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                         |

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

**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



**CHIBROXINE 0,3%**  
COLLYRE Flacon 5ml - P.P.V : 36,50 DH  
Distribué par les Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1 Bouskoura - 27182 - MAROC

CASABLANCA LE 04/11/2020

Mr. CHOUOBAN Ahmed

40,30  
- Chibroxine 0.3 :  
1 goutte, 4 fois par jour, pendant 7 jours.

40,30  
Tél.: 0522.22.40.22 - 0522.22.62.22  
Docteur Mohamed BENNANI  
Ophtalmologiste  
54, Bd. Rachidi - Casablanca  
Tél.: 0522.22.40.22 / 0522.22.62.22

EN CAS D'URGENCE  
CONTACTER Clinique rachidi  
0522.22.12.96  
0522.29.48.36

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

04/11/2020

### **NOTE D'HONORAIRES**

**Nom et pénom du patient** Mr CHOUOBAN AHMED

**Montant des honoraires** 600.00 Dhs

(SIX CENTS DIRHAMS)

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

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

04/11/2020 15:33

|               |                       |        |
|---------------|-----------------------|--------|
| Nom Patient : | <b>CHOUOBAN AHMED</b> | 131826 |
|---------------|-----------------------|--------|

| Date                   | Produit consommé                       | N° BS | Quantité | Prix Unit. | Total        |
|------------------------|--|-------|----------|------------|--------------|
| 04/11/2020             | BETADINE BLEUE 125 ml SOLUTIO (01)     | 0     | 1,00     | 21.93      | 21.93        |
| 04/11/2020             | COMPRESSES N/TMEDICOMP 7.5X7. (100)(1) | 0     | 5,00     | 0.17       | 0.85         |
| 04/11/2020             | PANSEMENT P.M (001)                    | 0     | 1,00     | 25.00      | 25.00        |
| 04/11/2020             | SERINGUE 1CC INSULINE RR (100)(1)      | 0     | 1,00     | 1.50       | 1.50         |
| 04/11/2020             | SERINGUE 5CC RR (100)(1)               | 0     | 1,00     | 0.72       | 0.72         |
| <b>Total pharmacie</b> |  |       |          |            | <b>50.00</b> |



Casablanca, le .....

الدار البيضاء، في:

**F A C T U R E**

N° : **131826 / 2020** du **04/11/2020**

Médecin traitant : DR. BENNANI MOHAMED

INJECTION KENACORT

| Nom du patient           | Modalité de paiement | Période hospitalisation |          |
|--------------------------|----------------------|-------------------------|----------|
| <b>Mr CHOUOBAN AHMED</b> | <b>Payant</b>        | 04/11/20                | 04/11/20 |

CHOUOBAN AHMED

| Désignations des prestations   | Lettres Clé | Nbre  | Prix unitaire                   | Montant DH    |
|--------------------------------|-------------|-------|---------------------------------|---------------|
| S OP K20                       | K           | 20.00 | 25.00                           | 500.00        |
| SEJOUR                         | CH          | 1.00  | 200.00                          | 200.00        |
|                                |             |       | <b>Sous/Total</b>               | <b>700.00</b> |
| PHARMACIE                      |             | 1.00  | 50.00                           | 50.00         |
|                                |             |       | <b>Sous/Total</b>               | <b>50.00</b>  |
|                                |             |       | <b>Total clinique</b>           | <b>750.00</b> |
| DR. BENNANI MOHAMED (ophtalmo) | K           | 20.00 | 30.00                           | 600.00        |
|                                |             |       | <b>Sous/Total</b>               | <b>600.00</b> |
|                                |             |       | <b>Total autres prestations</b> | <b>600.00</b> |

|   |                      |                 |
|---|----------------------|-----------------|
| Arrêtée à la somme de :<br>MILLE TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS | <b>TOTAL GENERAL</b> | <b>1 350.00</b> |
|   |                      |                 |

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

Payé le: *14/11/2020*  
Par CHQ. N°: .....  
Tiré: .....  
Montant: *1350.00*

**CLINIQUE RACHIDI**  
43, Bd. Rachidi - Casablanca  
Tél : 0522 29 48 36 / 0522 20 92 43  
Réception

43, Boulevard RACHIDI-CASABLANCA

CNSS: 1037680 - IF : 01020458 - RC : 74087

Patente : 35504150 - ICE : 001540813000088

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

Fax : 05 22 22 03 57 - E-mail : rachidi@cliniquerachidi.com



43. شارع الراشدي - الدار البيضاء

ص.و.ض.ج 1037680 - رقم التعرف: 01020458 - س.ت: 74087 - المبنى: 35504150

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

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

**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 04/11/2020

Mr. CHOUOBAN Ahmed présente un épaississement maculaire associé à un décollement séreux maculaire qui a nécessité une injection sous conjonctivale de triamcinolone œil gauche ce jour

Docteur Mohamed BENNANI

**Docteur Mohamed BENNANI**

**Ophtalmologiste**

54, Bd. Rachidi - Casablanca

Tél : 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22



NEUROCHIRURGIE-NEUROLOGIE  
OTORHINOLARYNGOLOGIE et  
CHIRURGIE MAXILLOFACIALE  
oto-neuro-ophthalmologie - OTO-ANATOMIE  
OTO-NEURO-OPTHALMOLOGIE  
43 bd RACHIDI LASER C 02-ARGON-YAG  
SCANNER SPIRALE  
Tel 022 22 12 96 IMPLANTATION COCHLEAIRE  
Casablanca DIAGNOSTIC ET BILAN DE SANTE



جراحة أمراض الرأس و الدماغ و العمود الفقري  
جراحة الأذن و الأنف و الحنجرة  
جراحة الوجه و العنق  
جراحة أمراض العيون  
الإنعاش الطبي و الجراحي  
جهاز الليزر  
جهاز السكانير الجسماني الكلي  
ذرع قوقعة الأذن  
التشخيص و التحليلات

BILLET DE SORTIE  
Casablanca, le ..... الدار البيضاء، في:

Nom du patient : Mr CHOUOBAN AHMED

Chambre :

Médecin traitant BENNANI MOHAMED

Prise en charge Payant

Date entrée 04/11/2020

Date sortie 04/11/2020 15:30

Le caissier

L'infirmier

Le major

CLINIQUE RACHIDI  
43, Bd. Rachidi - Casablanca  
Tél : 0522 29 48 46 / 0522 20 92 43  
Réception

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.ج: 1037680 - رقم التعرف: 01020458 - س.د: 74087 - العنوان: 35504150  
الهاتف: 05 22 29 48 36/37 - 05 22 20 92 42/43 - 05 22 22 12 96  
الفاكس: 05 22 22 03 57