

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE P 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.



Déclaration de Maladie

M22- N° 000321

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1545 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENYASS ABDELHAFID
 Date de naissance : 08/03/54
 Adresse : LOT 125 TRANCHE D L MADINA L JABBA
 Sidi OTMANE
 Tél. : 066 21 89 350 Total des frais engagés : 1200,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr KHAIK BANINE
 OPHTALMOLOGISTE
 Angle Bd Ibn Tachfine et Ibn El Adra
 El Mourakouchi Rés Fatima Zahra
 7ème étage N° 6 Casablanca
 Date de consultation : 20/02/2023
 Nom et prénom du malade : BENYASS Abdelhafid Age : 68
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Diabète
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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) :
 10 AVR 2023
 MUPRAS
 23

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
20/02/23	CR	180	1200,00 dh	Dr Khalid BANINE OPHTALMOLOGISTE Angle Bd Ibn Tachfine et Ibn El Aïssa Mourakouch, Casablanca Tél: 06 22 99 37 48

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Service de Radiologie Casablanca Tél: 06 22 99 37 48	20/02/23	Angio K80	1200,00 dh

AUXILIAIRES MEDICAUX

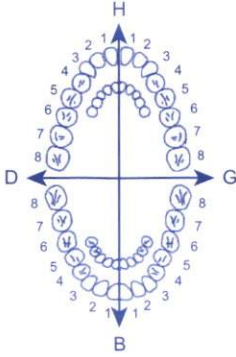
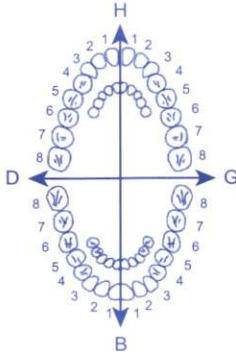
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le patient 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 COEFFICIENT 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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																		
				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



AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis
مصحة جرادة الوازيس

Casablanca, le 22/02/2023

M^r BEN YASS Abdelhafid

Compte rendu d'angiographie
rétinienne :

œil droit et gauche : séquences
anérthmiques et fluoresceiniques ;
microanévrismes multiples ,
ischémie rétinienne en périphérie

Dr Khalid BANINE
OPHTALMOLOGISTE
angle Bd Ibn Tachfine et Ibn El Adm
Meurakouchi Res Fatima Za
Casablanca



AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis
مصحة جرادة الوازيس

Casablanca, le 28/04/2023

BEN YASS Abdelhafid

Augmentation rétinienne

Dr Khalid BANINE
OPHTALMOLOGISTE
Angle Bd Ibn Tachfine et Ibn El Adra
El Mourakouchi Rés Fatima Zahra
1^{er} étage N° 6 Casablanca



A. Identification
N° Dossier : CJO23B20090022
Nom & Prénom : M. BENYASS ABDELHAFID
C.L.N : B72543
Adresse : LOT 125 TRANCHE D MADINA JADIDA CASABLANCA

Facture N° 03407/23
N° Identifiant : 073555/23

C. Débiteur
Organisme : Payant
ICE : Adresse :
N° d'affiliation :
N° d'immatriculation :
N° Prise en charge :
D. Période d'Hospitalisation
Date Entrée : 20-02-2023
Date Sortie : 20-02-2023

B. Assuré
Lien avec l'assuré : Lui même
Nom prénom :

Medecin traitant : DR . BANINE KHALID

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
RADIOLOGIE						
1	ANGIOGRAPHIE RETINIENNE		1 200,00			1 200,00
Total Rubrique						1 200,00
PARTIE CLINIQUE :						1 200,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL 1 200,00

MILLE DEUX CENTS DIRHAMS
Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

Clinique JERRADA OASIS
Service de Radiologie
Casablanca
Tél : 05 22 99 37 48

CLINIQUE JERRADA OASIS

**NOM DU PATIENT : M. BENYASS
ABDELHAFID
DATE DE NAISSANCE : 08/03/1954
CJO23B20090022**



Reçu N°: 137242

Paiement du 20/02/2023 09h04

Actes	
Montant	1 200,00 Dh
Type de paiement	Espèce

**Imprimé par : AMZIL NABILA Le 20/02/2023
09h04**