

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

- Reclamation : 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1545 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BENYASS ABDELHAFID

Date de naissance : 08/03/54

Adresse : LOT 125 TRANCHE 5 LNADINA / TABIDA

SIDI OTMAHE

Tél. : 066 21 89 350 Total des frais engagés : 1200,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr KHALID BANINE
OPHTHALMOLOGISTE
Angle Bd Ibn Tachfine et Ibn El Adra
El Mourakuchi Rés Fatima Zait
7ème étage N° 6 Casablanca

Date de consultation : 20/02/2023

Nom et prénom du malade : BENYASS Abdelkader Age : 68

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Dia-bète

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 10 AVR 2023

Signature de l'adhérent(e) : R. ACEDEID 10 AVR 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 le Paiement des Actes
20/02/2023	02	1180	1180	 Dr Khalid BANINE OPHTHALMOLOGISTE Bo Ibn Tachfine et Ibn El Attar such as Fatima, ... 6 Cas ...

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Centre JERRADA OASIS Service de Radiologie Casablanca Tél: 05 22 99 37 12</i>	20/02/23	Angio k80	1200,00 dh

AUXILIAIRES MEDICAUX

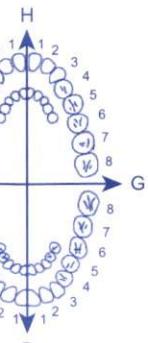
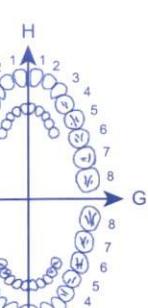
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le **docteur** 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											
	<table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
25533412	21433552											
00000000	00000000											
00000000	00000000											
35533411	11433553											
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS								
				DATE DU DEVIS								
				DATE DE L'EXECUTION								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis
مصحة جرادا الوازيس

Casablanca, le..... 20/02/2003

MR BEN YASS

Abdel hafid

Compte rendu d'angioscopie
rétinienne :

œil droit et gauche : séquelles
anérythros et fluorescences ;
microanérythros multiples ;

ischemie rétinienne en périphérie

Dr Khalid BANINE
OPHTHALMOLOGISTE
113 Bd Ibn Tachfine et Ibn El Attar
Meurakuchi Rd Fathia Zaï
Same Blatt N° A Casablanca



AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis
مصحة جرادا الوازيس

Casablanca, le 20/02/2023

BEN YASS

Abdelhafid

Augisymme rétinienne

Dr Khalid BANINE
OPHTHALMOLOGISTE
Angle Bd Ibn Tachfine et Bd El Adra
El Mourakouchi Rés Falima Zahra
Immeuble N° 6 Casablanca

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 20-02-2023

page 1/1

Facture N° 03407/23

A. Identification

N° Dossier : CJO23B20090022

Nom & Prénom : M. BENYASS ABDELHAFID

CLN : B72543

Adresse : LOT 125 TRANCHE D MADINA JADIDA CASABLANCA

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

Traitement :

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom :

Médecin traitant : DR. BANINE KHALID

Qlé	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
RADIOLOGIE						
1	ANGIOGRAPHIE RETINIENNE		1 200,00			1 200,00
					Total Rubrique :	1 200,00
						0,00
				TOTAL GENERAL		1 200,00

Arrêté la présente facture à la somme de :

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