

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.



Déclaration de Maladie

M23-0017921

143x6

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00543 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL KHAYFI Ned

Date de naissance : 01.01.1943

Adresse : Jardin d'Algeri Bd de Fes

Appr C 10 CASABLANCA

Tél : 066054555 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : 344.00

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 Le : 08 / 09 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
06/09/23	W		20,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourmeur	Date	Montant détaillé des Honoraires
PHARMACIE SOULAIMA YOUSRA LAHBABI LAHLOU Rés. «Les Jardins de Californie 2» Bd. de Fes Imm. 1 Californie Casa. Tél: 05.22.21.98.94	06.09.23	82,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Service de Radiologie JERRADA OASIS Casablanca Tél: 05 22 99 37 48	06/09/23	Loge yof R 80	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

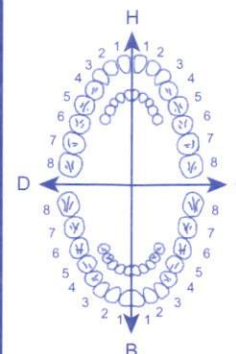
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 06-09-2023

Facture N° 17082/23

A. Identification

N° Dossier : CJO23I06093505 N° Identifiant : 031541/20
Nom & Prénom M. EL KHALIFI EL HASSANI
: MOHAMMED
C.I.N : E4037
Adresse : CASA

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même
Nom prénom :

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 06-09-2023

Date Sortie : 06-09-2023

Médecin traitant : DR. JELLAL TAWFIK

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
RADIOLOGIE						
1	Laser YAG		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



AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis
مصحة جريدة الوازيس

PHARMACIE SOULAIMA
YOUSRA LAHBABI LAHLOU
Rés «Les Jardins de Californie 2»
Bd. de Fes Imm. 1 Californie
Casa. Tél: 05.22.21.98.94

Casablanca, le 08/09/2023

Khalil Rahmani

Dans 2 gars

INDOCOLLYRE 0,1% LOT/ رقم البعثة H9589
Collyre 5ml FAB/ تاريخ الإنتاج 03 - 2023
ZENITH PHARMA EXP/ تاريخ الانتهاء 08 - 2024
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM
6118001270088 PPV : 58,00 DHS 66671

58,00 Indoclyre collyre 1/2 31/15

24,00 Frakidas collyre 1/2 24/15

PHARMACIE SOULAIMA
YOUSRA LAHBABI LAHLOU
Rés «Les Jardins de Californie 2»
Bd. de Fes Imm. 1 Californie
Casa. Tél: 05.22.21.98.94

1 mg/kg 0,15 1/2 15

T = 82.60

FRAKIDEX
Collyre 5ml
ZENITH PHARMA
AMM N°218/16 DMP/21/NRQ
6118001270118
PPV : 24,60 DHS 66672

Clinique Jerrada Oasis
Service de Radiologie
Casablanca
Tél: 05 22 99 37 48



Docteur Tawfik Jellal

Ophthalmologiste

Diplômé de la faculté de Médecine de Paris
Ex Résident de l'Institut du glaucome de la
Fondation de l'hôpital Saint-Joseph à Paris.
Membre de l'Institut Européen du Glaucome
MALADIE ET CHIRURGIE DES YEUX

* Angiographie

* Laser * Lentilles de contact

* Champ Visuel Automatisé



الدكتور توفيق جلال

خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

تصوير الأوعية - علاج بالليزر

المجال البصري الأتوماتيكي

العدسات اللاصقة

Agrée pour permis de conduire

Casablanca Le : 06/09/2023

N° El Khoul. Fi El Aman,
Ahmed

1 séance laser YAG au gauche

Dr. TAWFIK JELLAL
OPHTALMOLOGISTE

24, Rue Baghdad
Tél: 05 22 20 94 31 - Casablanca

24 Rue Baghdad (Angle Rue d'Agadir et Mustapha El Maâni) 1er étage - Casablanca
Tél : 05 22 20 94 31 - Urgence : 212(0)6 61 14 77 24 E-mail : tawfikjellal@hotmail.fr

24 زنقة بغداد (زاوية زنقة أكادير و مصطفى المعاني) الطابق الأول - الدار البيضاء / الهاتف : 05.22.20.94.31