

# 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.

## Diagnostique 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.

## Prothèse 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

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 054653

60862

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2023 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ZEROUAL ABDELRAHMAN  
Date de naissance : 15/10/1955  
Adresse : même adresse  
Tél. : 06 7403 4388 Total des frais engagés : 245,90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : (4)  
Date de consultation : 12/03/2021  
Nom et prénom du malade :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
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 : 23/03/2021  
Signature de l'adhérent(e) :

CLINIQUE JERRADA OASIS  
113, Av. Abdelkrim Bouabid  
Casablanca - NCA  
Tél : 0522 23 81 81 - Fax : 0522 23 81 82  
E-mail : [direction@cliniquejerrada.ma](mailto:direction@cliniquejerrada.ma)





# 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
13/03/21		Fa 1-12	250 591,20	
20/03/21				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

20/03/21 4590

062049176  
INPE

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

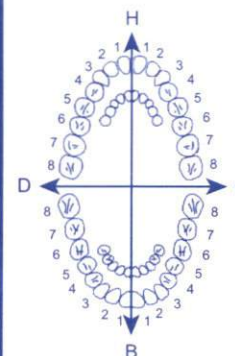
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

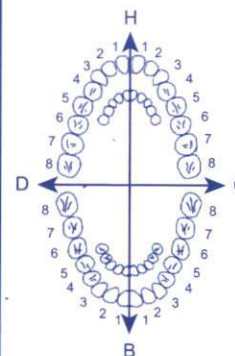
# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 G 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



Casablanca, le

الدكتور محمد سليم  
Dr. BENYAMIN  
طبيب اختصاصي  
Ophthalmologist  
46-50  
21

Ime BETTICU FATIMA

45,90



611180013  
CILOXAN 0,3% Collyre, flacon de 5 ml  
A.M.M. N° 151 DMP/21/NRQ  
Laboratoires Sothema  
PPV : 45,90 DHS

ciloxan colln

23/5

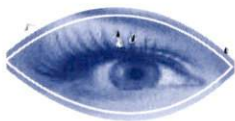
**PHARMACIE DEROLIA**  
EL HAÏK FOUAD  
PHARMACIEN  
46 - Centre Commercial Derolia  
Tel : 0522 53 21 77 Fax : 0522 53 25 10

الدكتور بن يحيى محمد سليم  
Dr. BENYAHYIA Mohamed Salim  
طبيب اختصاصي أمراض العيون  
26 56  
Tel: 09 22 34 76 56



Ophtalmologiste

Spécialiste des maladies et Microchirurgie  
des yeux - Strabologie  
Chirurgie de la cataracte aux U.S  
Angiographie, Laser



إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

الجراحة المجهرية للجلالة  
علاج الحول، مسالك الدموع  
فحص الشرايين بالأشعة  
العلاج بالليزر

Membre de la société française d'Ophtalmologie  
Ancien Spécialiste au CHU. Ibnou Rochd ( 20 Aout )

عضو الجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون  
طبيب إختصاصي سابق بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء

20/03/24

Compte rendu de l'IVU

Bethoun <sup>OD</sup> Fathu

Belpharostat + Betadine dors

le cul de sac conjonctival +  
apatin du produit anti-veges  
e Gamme du lumbre temperel

A/c dors de l'oeil

الدكتور بن يحيى محمد سليم  
DR. BENYAHYA Mohamed Salim  
طبيب إختصاصي في أمراض وجراحة العيون  
Ophtalmologiste  
Tél: 0522 32 56 56

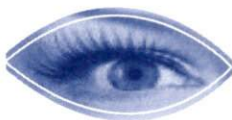


Docteur BENYAHYA Mohamed Salim

Ophtalmologiste

Spécialiste des maladies et Microchirurgie  
des yeux - Strabologie  
Chirurgie de la cataracte aux U.S  
Angiographie, Laser

Membre de la société française d'Ophtalmologie  
Ancien Spécialiste au CHU. Ibnou Rochd ( 20 Aout )



الدكتور بن يحيى محمد سليم

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

الجراحة المجهرية للجلالة  
علاج الحول، مسالك الدموع  
فحص الشرايين بالأشعة  
العلاج بالليزر

عضو الجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون  
طبيب إختصاصي سابق بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء

13/05/24

Zethian Fethu

IUT OP

Mme BETT

Né le : 01/

CJ021C2

CLINIQUE JERRADA-OASIS  
113, Av. Abdelhakim Bouabid  
C.A.S. EL ANASSER  
Tél : 0522 23 81 81 - Fax : 0522 23 81 82  
E-mail : direction@cliniquejerrada.ma

الدكتور بن يحيى محمد سليم  
Dr. BENYAHYA Mohamed Salim  
Ophtalmologiste  
Tél : 0522 23 81 81

## CLINIQUE JERRADA OASIS

### NOTE D'HONORAIRE

Date d'entrée: 20-03-2021

DR. BENYAHYA Mohamed Salim

Spécialité : OPHTALMOLOGUE

N° Patente :

Identifiant fiscal : 40109190

ICE :

PATIENT :

Mme BETTIOUI FATIHA

HONORAIRES :

1 000,00 Dh  
(MILLE DIRHAMS )

Dr. BENYAHYA Mohamed Salim  
Ophtalmologue  
Tél: 0522 32 66 56  
0522 32 66 56

25 févr. 2021

Docteur D. KHISSY Mouhssine

DR. DKHISSY MOUHSSINE  
400 BD BRAHIM ROUDANI CASABLANCA

Patient : BITTIOUI FATHIA

Numero de dossier :

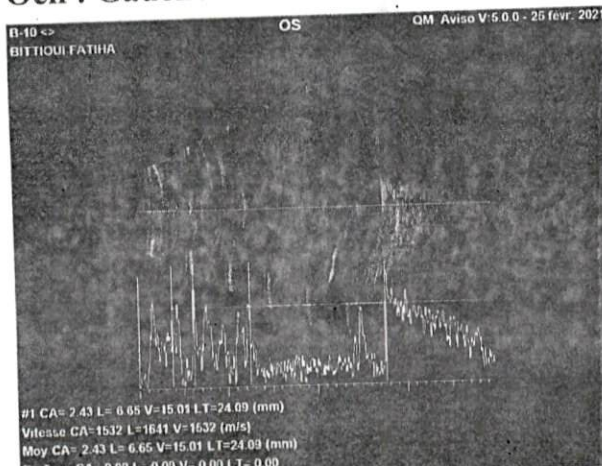
Adresse :  
Tel :

Sexe : Féminin

Date d'examen : 25 févr. 2021

B-10 3997 - Slow40

Oeil : Gauche



Speed AC=1532 L=1641 V=1532 (m/s)

&gt;#1 - AC= 2.43 L= 6.65 V=15.01 TL=24.09 (mm) &lt;

Avg AC= 2.43 L= 6.65 V=15.01 TL=24.09 (mm)

Stat-2 AC= 2.43 L= 6.65 V=15.01 TL=24.09 (mm)

Std-Dev AC= 0.00 L= 0.00 V= 0.00 TL= 0.00

&gt;Gain=105dB Dyn=60dB Tgc=20dB

Valeurs sélectionnées pour le calcul d'IOL : #1 CA : 2,43 mm C : 6,65 mm LT : 24,09 mm

K mesuré K1 : 7,89mm @ 0° K2 : 7,65mm @ 0° Km : 7,77mm

Sphère : 0,00D

Cylindre : 0,00D @ 0°

IOL 118.00 P - A=118.00

SRK-T  
A = 118.00

IOL Emme : 18,46 D

Ame : 0,00 D

IOL Am : 18,46 D

IOL	Refr.
17.00	1.01
17.50	0.67
18.00	0.32
<b>18.50</b>	<b>-0.03</b>
19.00	-0.38
19.50	-0.74
20.00	-1.10

IOL 118.40 P - A=118.40

SRK-T  
A = 118.40

IOL Emme : 18,89 D

Ame : 0,00 D

IOL Am : 18,89 D

IOL	Refr.
17.50	0.94
18.00	0.60
18.50	0.26
<b>19.00</b>	<b>-0.08</b>
19.50	-0.43
20.00	-0.78
20.50	-1.13

IOL 118.70 P - A=118.70

SRK-T  
A = 118.70

IOL Emme : 19,21 D

Ame : 0,00 D

IOL Am : 19,21 D

IOL	Refr.
17.50	1.14
18.00	0.81
18.50	0.48
<b>19.00</b>	<b>0.14</b>
19.50	-0.19
20.00	-0.54
20.50	-0.88

IOL 118.90 P - A=118.90

SRK-T  
A = 118.90

IOL Emme : 19,44 D

Ame : 0,00 D

IOL Am : 19,44 D

IOL	Refr.
18.00	0.95
18.50	0.62
19.00	0.29
<b>19.50</b>	<b>-0.04</b>
20.00	-0.38
20.50	-0.72
21.00	-1.07

# Dr Mouhssine D'KHISY

Ophtalmologiste

Professeur - Assistant au CHU Ibn Rochd  
Attestation de formation spécialisée approfondie  
Université de Nantes  
Maladie et chirurgie des yeux  
ECHOGRAPHIE - Angiographie - Laser



الدكتور الدخيسي محسن

طب العيون

أستاذ مساعد بمستشفى ابن رشد

الدار البيضاء

أمراض وجراحة العيون

Casablanca, le 25 FEV. 2021

Nom : BATTIOU  
Prénom : FATIHA  
MEDECIN TRAITANT : DR BENYAHYA SALIM

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES: HIV OD / RD

COMPTE RENDU ECHOGRAPHIQUE :

OEIL DROIT

Echographie(B) :

SONDE 10 MHZ /20 MHZ

PSEUDOPHAQUIE  
VITRE HYPERECHOGENE EN RAPPORT AVEC UNE  
HEMORRAGIE INTRAVITREENNE ET RETROHYALOIDIENNE DENSE  
SANS DECOLLEMENT DE RETINE ASSOCIE .

OEIL GAUCHE

Biométrie :

Longueur axiale = 24.09 mm

P/ Implant = 19 D

(A= 118.40)

P/ Implant = 19.5 D

(A= 119.00)

Echographie(B) :

SONDE 10 MHZ /20 MHZ

Cristallin hyperéchogène  
ECHOS VITREENS POSTERIEURS  
DECOLLEMENT DE RETINE TOTAL

Dr Mouhssine D'KHISY  
Ophtalmologiste  
400, Bd Brahim Roudani  
Tél: 0522 25 48 88 / 0522 25 70 88

400, Bd Brahim Roudani - Casablanca - Tél : 0522.25.48.88 / 0522.25.70.88  
0522.25.70.88 / 0522.25.48.88 : الهاتف - الدار البيضاء - شارع ابراهيم الروداني - 400



## CLINIQUE JERRADA OASIS

### BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER	CJO21C20080053
NOM DU PATIENT	Mme BETTIOUI FATIHA
MÉDECIN TRAITANT	BENYAHYA MOHAMED SALIM
DATE D'ENTREE	20/03/2021
DATE DE SORTIE	20/03/2021
MODE DE SORTIE	normal

CLINIQUE JERRADA-OASIS  
113, Av. Abdelhak Bouabid  
CASABLANCA  
Tél : 0522 23 81 81 - Fax : 0522 23 81 82  
E-mail : direction@cliniquejerrada.ma

# CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 20-03-2021

**Facture N° 05059/21**

## A. Identification

N° Dossier : CJO21C20080053

N° Identifiant : 042046/21

**Nom & Prénom : Mme BETTIOUI FATIHA**

C.I.N : WA31568

Adresse : CASA

## C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

## D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 20-03-2021

Date Sortie : 20-03-2021

Médecin traitant : DR . BENYAHYA MOHAMED SALIM

Traitement : INJECTION AVASTIN

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>INTERVENTION</b>						
1	INJECTION AVASTIN		1 000,00			1 000,00
Total Rubrique :						1 000,00
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>						
1	DR. BENYAHYA MOHAMED SALIM (OPHTALMOLOGUE)		1 000,00			1 000,00
Total Rubrique :						1 000,00
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						
						1 000,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						<b>TOTAL GENERAL 2 000,00</b>

DEUX MILLE DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

Cachet et Signature

CLINIQUE JERRADA OASIS  
 113, Av. Abderrahim Bouabid  
 CASABLANCA  
 Tél : 05 22 23 81 81 - Fax : 05 22 23 81 82  
 E-mail : direction@cliniquejerrada.com