

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

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



## Déclaration de Maladie

N° W19-420473

60680

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricule : 5404 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité  
Nom & Prénom : SAKINA MEJBAR  
Date de naissance : 1.1.1951  
Adresse : 38 Rue de Asfharde Casablanca  
Tél. : 06 61 456 468 Total des frais engagés : 2915,50

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Ouafae Bencheikroun  
Ophtalmologiste  
Rés. du Palais Ed. Ghani  
Tél. 072 36 37 05  
032 55 19 36

Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : TAZI JAOUAD Age : 74  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : vice de Ref  
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 : 19/02/2021  
Signature de l'adhérent(e) : Sakina



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
A2-1-21		CS	66 Gravel	Cachet INP : 51160316 pour Québec 1000 St-Jean 35-19-36

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Casquet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/11/21	215,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<b>CLINIQUE ALBAHINA</b> <b>Caisses</b> Angle Rue Mohamed Baïchet Rue Mohamed El Khatib Casablanca 777 40/49 - Fax: 05 22 350 01	05/01/2021	ECT	1500 DH
	18/01/2021	Casablanca	1200 DH

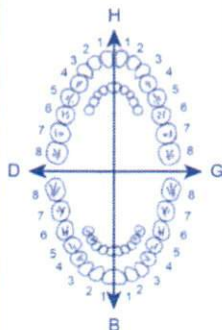
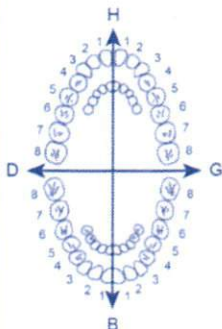
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>								
				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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

CLINIQUE AL MADINA



عيادة العين

ORDONNANCE

Lot n° :  
Fab :  
EXP :

Sans PPV

Le 18.1.21

Tazi Jaouad



14.7.50

AlphaGae Colly

1 gtt x 2 j

68.0

Diclored Colly

1 gtt x 9 j



Pharmacie RIHAB  
EL MELANI FASSI FERRI  
rue Cadi Bakkar - Maârif  
CASABLANCA

Messieur Mohamed Bencheikroun  
Ophtalmogiste  
du Palais Bd Ghendi Casablanca  
Tél : 0522 36 37 08

Rue Mansard (en face du Lycée le Cèdre), Quartier Palmiers - Casablanca - Tél : 05.22.77.77.40 à 49 (LG)

2.25.00.01 - E-mail : [clinique.almadina@yahoo.fr](mailto:clinique.almadina@yahoo.fr) - I.F n°: 1007171 - Patente: 34782425



Professeur Ouafae BENCHEKROUN

Ex. Enseignante à la faculté de Médecine  
de Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux  
Chirurgie vitéo rétinienne

Angiographie Laser

Adaptation de Lentilles de Contact



الدكتورة وفاء بنشكرون

أستاذة سابقة بالتعليم العالي بكلية  
الطب بالدار البيضاء

اختصاصية في طب و جراحة العيون  
جراحة الشبكية

تخطيط أوعية الشبكية - الليزر

عدسات الإتصال

Casablanca, le 08.01.21 في الدار البيضاء

Tazi Jaouad

OCT Macula

OCT Nerf optique

CLINIQUE AL-MADINA  
Angle Bd Mohammed V et  
Rue Mansour Quartier Palmiers  
Casablanca  
Tél: 05 22 77 77 40/49 - Fax: 05 22 25 00 01

Professeur Ouafae BENCHEKROUN  
Ophtalmologiste  
Rés. du Palais 12 Ghandi  
Tél/Fax : 02 23 36 37 08  
Urgence : 06 62 55 19 36

**Professeur Ouafae BENCHEKROUN**

*Ex. Enseignante à la faculté de Médecine  
de Casablanca*

**Maladies et Chirurgie des Yeux**

**Chirurgie vitéro rétinienne**

Angiographie Laser

Adaptation de Lentilles de Contact



**الدكتورة وفاء بنشكرون**

أستاذة سابقة بالتعليم العالي بكلية  
الطب بالدار البيضاء

اختصاصية في طب و جراحة العيون  
جراحة الشبكة

تخطيط أوعية الشبكة - الاليزر

عدسات الإتصال

Casablanca , le 12-1-21 في الدار البيضاء

Tazi Jaouad

Laser YAG(06)

CLINIQUE AL MADINA  
Caisse  
Angle Rue Abd Bahiet et Rue Mansour  
Quartier Falmier - Casablanca  
Tél: 05 22 77 73 40 - Fax: 05 22 25 00 01

Professeur Ouafae Bencheكرون  
Ophtalmologiste  
Rés du Palais Bd Ghandi  
Tél Fax: 022 36 37 08  
Urgence: 06 62 55 19 36

## FACTURE

N° : 365 / 2021 du 09/01/2021

OCT

Nom patient **TAZI JAOUAD**  
**PAYANT**

Entrée 09/01/2021

Sortie 09/01/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	1,00		700,00	700,00
			Sous-Total	700,00
Total Clinique				700,00
PR. BENCHEKROUN OUAFABE (ophtalmologiste)	1,00		800,00	800,00
			Sous-Total	800,00
Total Autres prestations				800,00
Arrêtée la présente facture à la somme de :			Total	1 500,00
MILLE CINQ CENTS DIRHAMS				

CLINIQUE AL MADINA  
Caisse  
Angle Rue Mohamed Bahi et  
Rue Mansard Quartier Palmiers  
Casablanca  
Tél: 05 22 77 77 40/49 - Fax: 05 22 25 00 01



## F A C T U R E

N° : 703 / 2021 du 18/01/2021

LASER YAG

Nom patient **TAZI JAOUAD**  
**PAYANT**

Entrée 18/01/2021

Sortie 18/01/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	1,00		500,00	500,00
			Sous-Total	500,00
Total Clinique				500,00
PR. BENCHEKROUN OUAF AE (ophtalmologiste)	1,00		700,00	700,00
			Sous-Total	700,00
Total Autres prestations				700,00
Arrêtée la présente facture à la somme de :			Total	1 200,00
MILLE DEUX CENTS DIRHAMS				

CLINIQUE AL MADINA  
Caisse  
Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard  
Quartier Palmiers - Casablanca  
Tél: 05 22 77 77 40 - Fax: 05 22 25 00 01