

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

- 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

M22- 0016667

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1072 Société : ALI3877

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Bien youssef Abdellmajid

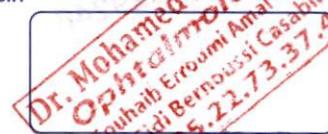
Date de naissance : 04/02/1956

Adresse : toujours la même

Tél. : 06.219.209.128 Total des frais engagés : 12000 Dhs + 54,40 Dhs **TOTAL: 1254,40**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25.01.2023

Nom et prénom du malade : Mme B. EL KHAOUJA Fatiha Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection du pied

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 : casa

Signature de l'adhérent(e) :



Le 05 / 01 / 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 Parlement des Actes
5/01/23	CS		G	Dr. M. ATTICH Av. Souhaib Errouissi Casablanca N° 17 Sidi Bernoussi Casablanca Tél: 05.22.73.37.14

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cabinet du Pharmacien Prix des Produits Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	5.1.23	5440
PHARMACIE BLONDIN Rue 2 N° 116 Casablanca		

GHOFRANE
NPE : 092029248

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. Mohamed ATTICH Av. Souhaib Errouissi Casablanca N° 17 Sidi Bernoussi Casablanca Tél: 05.22.73.37.14	05/01/23	1200 dh agen	1200 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 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES															
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">B</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">G</td> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	00000000													
G	35533411	11433553													
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															
Coefficient des travaux															
Montants des soins															
Date du devis															
Date de l'exécution															

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... 12.5.2011

Mme Barkatou de Fathia

S.M.C

n° Tobradex



2 app x 21g

PHARMACEUTIQUE "C"
N° 17 Sidi Bernoussi Casablanca
Av. Souhaib Erryumi Amal 4 Rue 50
Tél: 05.22.73.37.44

Dr. Mohamed ATTITCH
Ophtalmologue
N° 17 Sidi Bernoussi Casablanca
Tél: 05.22.73.37.44
Dr. Attitch

113, Bd. Abderrahim Bouabid, Oasis, Casablanca
Tél. : 05 22 23 81 81 | 05 22 23 84 52/53/54 - Fax : 05 22 23 81 82
E-mail : direction@cliniquejerrada.ma
Site web : www.cliniquejerrada.ma

TOBRADEX®
POMMADÉ OPHTALMIQUE
0,300,1%
Boîte de 1 tube de 3,5 g PPV: 54,40 DH
Laboratoires Sothema, Bouskoura
ANM N° 455/18 DMP/21 NRQ

6 118001 070602
690206 MA



Docteur Mohamed ATTITCH

*Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des yeux*

Ex Medecin à l'hôpital des spécialistes de Rabat.
Membre de l'European Society of Cataract and
Refractive Surgeons

Chirurgie de la cataracte par phacoémulsification

Chirurgie vitreo retinienne

Oeil et Diabète

Chirurgie réfractive , LASIK

OCT - Angiographie - laser

الدكتور محمد أتتیش

اختصاصي في أمراض
و جراحة العيون

طبيب سابق بمستشفى الإختصاصات بالرباط

عضو الجمعية الأوروبية للجراحة الإنكسارية والجلالة

جراحة المياه البيضاء بالموجات فوق الصوتية (الفاكو)

جراحة الشبكية والجسم الزجاجي

علاج خللitals مرض السكري على العين

تقدير الرؤية بالليزر

الجيوجرافيا - لايزر

Casablanca le :

05/01/2023

دار البيضاء، في :

Mme : BELKHAOUDA FATIHA

↳ Oeil Droit : kyste Canthal à enlever par
laser

Clinique JEKKAJ
Service de Radiologie
CASABLANCA
Tel . 05 22 99 37 44

Dr. Mohamed ATTITCH
Ophtalmologue
Av.Souhaib Erroumi Amal 4 Rue 50
N° 17 Sidi Bernoussi Casablanca
Tél: 05.22.73.37.44

شارع صهيب الرومي أمال 4 زنقة 50 رقم 17 (مقر الجماعة الحضرية سابقا) - سيدى البرنوسي

Avenue Souhaib Erroumi, Amal 4 rue 50 N° 17 (Ex-siège de la commune urbaine)
Sidi Bernoussi - Tél : 05 22 733 744

Facture N° 00287/23

A. Identification

N° Dossier : CJO23A05075022 N° Identifiant : 071669/23

Nom & Prénom : Mme BEL KHAOUDA FATIHA

C.I.N :

Adresse : HAY LA QODS RES AL FAJR IMM NAAMANE N 4 SIDI BERNOUSSI

Médecin traitant : DR . ATTITICH MOHAMED

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 05-01-2023

Date Sortie : 05-01-2023

Traitements :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
RADIOLOGIE						
1	Laser_ARGON		1 200,00			1 200,00
Total Rubrique :						
PARTIE CLINIQUE :						
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
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 :

TOTAL GENERAL

1 200,00

Clinique JERRADA C.
 Service de Radiologie
 Tél : 05 22 29 37 48
 signature de l'assuré



CLINIQUE JERRADA OASIS

NOM DU PATIENT : Mme BEL
KHAOUDA FATIHA
DATE DE NAISSANCE :
20/01/1967
CJO23A05075022



Reçu N°: 133014

Paiement du 05/01/2023 07h59

Actes	
Montant	1 200,00 Dh
Type de paiement	Espèce

Imprimé par : **EL KASRI SAMIR** Le
05/01/2023 07h59