

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.

M23-0019217

Ma 09/08

MUPRAS
RECEPTION

| | | | |
|---|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent [e] | | | |
| Matricule : <u>30.11</u> | Société : <u>BEN JABOUR Mustapha</u> | | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | <u>10/04/08</u> |
| Nom & Prénom : <u>BEN JABOUR Mustapha</u> | | | |
| Date de naissance : <u>1945</u> | | | |
| Adresse <u>Varfis I imbd APT WAFIK Benrechid</u> | | | |
| 06 07 92 13 61 | | | |
| Tél. <u>06 52 24 91 87</u> Total des frais engagés : <u>1328,50</u> Dhs | | | |

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 9/12/2023

Nom et prénom du malade : BEN JABOUR Mustapha

Age: 79

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : 19/12/2023 Benrechid

Le : 19/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
|  Pharmacie SARY B.P. 10400 Roudani Béchar - Algeria Tél: 05 22 33 61 86 - INP: 06205251 | 11.12.23 | 225,00 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
| <i>Clinique JAD</i> <i>Service de Radiologie</i> <i>Casablanca</i> <i>Tél : 05 22 93 74 48</i> | 09/12/2023 | 1500 Jaser Yang | 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 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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.....

11/12/23,

nr Bengtsson Rustapha.

112,50 x 2

lotema x Collyre

lette 3 x j



مصحة جرادة الوازيس
SARL
Dr. S. Roudani
99, Bd Brahim Roudani
Tél: 05 22 33 61 86 - B.P: 062052527

Dr. BENYAHIA
MD
OFTALMOLOGISTE
Tél: 0522 32 86 56

51 PHARMACIE SARL
99, Bd Brahim Roudani
Tél: 0522 33 61 86 - B.P: 062052527

AGITER VIGOUREUSEMENT AVANT
UTILISATION
ترجع القارورة بقوه قبل الاستعمال

Tableau A (Liste I)
Distribué au Maroc par Zenith Pharma

رخصة المغرب رقم: AMM Maroc N°: 60/20/DMP/21/NRQDNM

PPV = 112,50 DHS

~~1OTEMAX~~ est une marque déposée de Bausch & Lomb

AGITER VIGOUREUSEMENT AVANT
UTILISATION
ترجع القارورة بقوه قبل الاستعمال

Tableau A (Liste I)
Distribué au Maroc par Zenith Pharma

رخصة المغرب رقم: AMM Maroc N°: 60/20/DMP/21/NRQDNM

PPV = 112,50 DHS

~~1OTEMAX~~ est une marque déposée de Bausch & Lomb

113, Boulevard Abderrahim Bouabid (Ex-Jerrada), Casablanca

Tél. : 05 22 23 81 81 | 05 22 23 84 52/53/54 - Fax : 05 22 23 81 82

E-mail : cliniquejerradaoasis@akdital.ma - Site web : www.cliniquejerrada.ma

ISO 9001

BUREAU VERITAS
Certification



Docteur BENYAHYA Mohamed Salim

Ophthalmologist

Spécialiste des maladies et Microchirurgie

des yeux - Strabologie

Chirurgie de la cataracte aux U.S

OCT Angiographie ,Laser

Chirurgie refractive au laser

Traitements de kératocône

Traitements Oeil et Diabète

Traitements des maladies retiniques

Chirurgie des paupières et des voies lacrymales

Membre de la société française d'Ophthalmologie

Ancien Spécialiste au CHU. Ibnou Rochd (20 Aout)



الدكتور بن يحيى محمد سليم

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

الجراحة المجهورية للجلالة

فحص الشرقيين بالأشعة

العلاج بالليزر

اختصاصي في تصحيح البصر بالليزر

علاج وجراحة الحول

علاج وجراحة مسالك الدموع

علاج إصابة العين بداء السكري

علاج أمراض الشبكية

الجراحة التجميلية للجفون

عضو الجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون

طبيب اخصائي سابق بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء

Benyahya

Mohamed

Lot 1105 001

2 300 copie

001

Clinique JERRADA OASIS
Service de Radiologie
Casablanca
Tél : 05 22 99 37 48

شارع الحسن II بلوك رقم 3 عمارة 21 تجزئة الصافي طريق الكارة - الهاتف: 0522 32 56 56 - برشيد

Bd. Hassan II, Bloc N° 3 Imm 21 - Lot. ESSAFI Direction EL GARA - Tél. : 05 22 32 56 56 - BERRCHID

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 09-12-2023

Facture N° 24555/23

A. Identification

N° Dossier : CJO23L09083834

N° Identifiant : 001829/19

Nom & Prénom : M. BENJABOUR MUSTAPHA

3011

C.I.N : B87628

Adresse : CASA

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 : 09-12-2023

Date Sortie : 09-12-2023

Traitements : LASER YAG

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom :

Médecin traitant : DR . BENYAHYA MOHAMED SALIM

| Qté | Prestations | Observation | Prix U. | L.C. | Coef | Total |
|--|-------------|-------------|----------|------|------|----------|
| RADIOLOGIE | | | | | | |
| 1 | Laser YAG | | 1 200,00 | | | 1 200,00 |
| PARTIE CLINIQUE : | | | | | | |
| PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES : | | | | | | |
| Arrêté la présente facture à la somme de : | | | | | | 0,00 |
| TOTAL GENERAL | | | | | | 1 200,00 |

MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme (PAYANT MUPRAS) de :

ZERO DIRHAMS

*Clinique JERRADA OASIS
Service de Radiologie
Casablanca
Tél : 0522 982748*
signature de l'assuré

PHARMACIE SARY - Berrechid

ZAKIA TERRAB

0522336186

99, Bd Brahim Roudani, BERRECHID


Facture N° 20240108-246

Date de vente : 11/12/2023

Médecin traitant : CLINIQUE IERRADA OASIS

BENJABOUR MUSTAPHA

Maroc

30/11

Produit**Qté.****P.U****TVA****Total**

| | | | | |
|-------------------------|---|--------|-------------|--------|
| LOTEMAX CL 0.5% COLLYRE | 2 | 112,50 | TVA (7.00%) | 225,00 |
|-------------------------|---|--------|-------------|--------|

| | |
|--------------|-------------------|
| Total HT | 210,28 DHS |
| TVA | 14,72 DHS |
| Total | 225,00 DHS |

Arrêté la présente facture à la somme de : deux cent vingt-cinq DHS

صيدلية ساري
Pharmacie SARY
 99, Bd Brahim Roudani
 - Berrechid -
 Té: 05 22 33 61 86 - INP: 062052527