

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

M23-0019217

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **BENJABOUR Mustapha**

Matricule : **3011** Société : **1904088**

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : **BENJABOUR Mustapha**

Date de naissance : **1945**

Adresse : **Marj El Imad AP7 WAFIK Benachid**

Tél. : **06 07 92 13 61** Total des frais engagés : **1425,50** Dhs
06 52 24 91 87 **1322,50**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **9 / 12 / 2023**

Nom et prénom du malade : **BENJABOUR 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 : **19/12/23 Benachid**

Le : **19/12/23**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

Autorisation CNDP N° : F-A-215 / 2019


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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11-12-23	225,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	09/12/2023	180 Jaws xg	1200,00 dh

AUXILIAIRES MEDICAUX

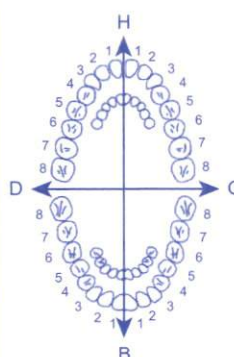
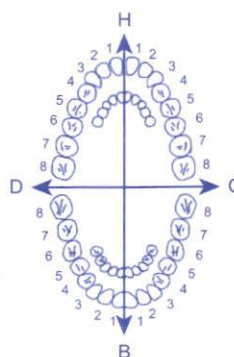
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis
مصحة جرادة الوايزيس

Casablanca, le

11/12/23,

Mr BENJABBOUR Mustapha.

112.50 x 2

Lotemax x Collyre



18tte 34jr

T = 22500

صيدلية صاري
Pharmacie SARY
99, Bd Brahim Reudani
Berrechid -
Tél: 05 22 33 61 86 - INP: 062052527

صيدلية صاري
Pharmacie SARY
99, Bd Brahim Reudani
Berrechid -
Tél: 05 22 33 61 86 - INP: 062052527

Dr. BENYAHYA
Ophthalmologist
Tél: 0522 32 86 58

AGITER VIGOREUSEMENT AVANT UTILISATION
ترج القارورة بقوة قبل الاستعمال
جدول (أ) قائمة (1)
Distribué au Maroc par Zenith Pharma
AMM Maroc N°: 60/20/DMP/21/NRODMM
رخصة المغرب رقم:
PPV = 112.50 DHS
LOTEMAX est une marque déposée de Bausch & Lomb

AGITER VIGOREUSEMENT AVANT UTILISATION
ترج القارورة بقوة قبل الاستعمال
جدول (أ) قائمة (1)
Distribué au Maroc par Zenith Pharma
AMM Maroc N°: 60/20/DMP/21/NRODMM
رخصة المغرب رقم:
PPV = 112.50 DHS
LOTEMAX 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



Docteur BENYAHYA Mohamed Salim

Ophthalmologiste

Spécialiste des maladies et Microchirurgie
des yeux - Strabologie

Chirurgie de la cataracte aux U.S

OCT Angiographie ,Laser

Chirurgie refractive au laser

Traitement de kératocône

Traitement Oeil et Diabète

Traitement des maladies rétiniennes

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

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

الجراحة المجهرية للجلالة

فحص الشرايين بالأشعة

العلاج بالليزر

إختصاصي 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 اختصاصي سابق بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء

021 13 12 24 95
Tél: 05 22 32 56 56
Benyahya Mohamed Salim
Rachef

Lot II ou

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

R. yop copulab
Oth

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

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 : 09-12-2023

Date Sortie : 09-12-2023

Médecin traitant : DR . BENYAHYA MOHAMED SALIM

Traitement : LASER YAG

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
TOTAL GENERAL						1 200,00

Arrêté la présente facture à la somme de :

MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

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

ZERO DIRHAMS

signature de l'assuré

Clinique JERRADA OASIS
Service de radiologie
Casablanca
Tél : 05 22 99 77 48

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

3011

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

IF : 40174610 TP : 40745479 RC : 13204 ICE : 000425386000057

Tel : 0522336186

Adresse : 99, Bd Brahim Roudani, BERRECHID