

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

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° P19- 0023508

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8933 Société : PAM,

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ASSAL ABDELAZIZ Date de naissance : 14-14-1962

Adresse : 39, Rue EL AAFRANE HAY AL HOUSSA Percebo

Tél. : 066.15.23.060 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/05/19

Nom et prénom du malade : Age:

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 :

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
18.05.2015	Fact	08384/11	21433552 00000000 35533411	CLINIQUE AVE. TERRADA OASIS CASA Bahia Fax: 0522238182 Radiodent
30.05.2015				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

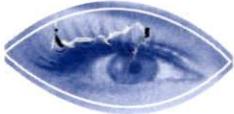
DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

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)



اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

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

عضو الجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون

طبيب إختصاصي سابق بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء

18/05/119

Assel
ASSEL EL ARIZ

Oedeme nasal
O

R TUT O

Tel: 05 22 23 81 81 / fax: 05 22 23 81 82
Ave. Abderrahim Bouabdellah
DÉPARTEMENT CASA
DÉPARTEMENT CASA
TÉLÉCOMS
TÉLÉCOMS

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 18-05-2019

Facture N° 08384/19

A. Identification

N° Dossier : 19E1812397

Nom & Prénom : M. ASSAL ABDELAZIZ

C.I.N : W48199

Adresse : 39 RUE ZAAFARAN HAY AL HOUDA BERRECHID

Médecin traitant :

C. Débiteur

Organisme : Payant

ICE :

Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 18-05-2019

Date Sortie : 18-05-2019

Traitements : INJECTION AVASTIN

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
INTERVENTION						
1	INJECTION AVASTIN		1 000,00			1 000,00
Total Rubrique : 1 000,00						
PARTIE CLINIQUE :						
HONORAIRES MEDICAUX						
1	DR. BENYAHYA MOHAMED SALIM (OPHTALMOLOGUE)		1 800,00			1 800,00
Total Rubrique : 1 800,00						
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
TOTAL GENERAL 2 800,00						

Arrêté la présente facture à la somme de :

DEUX MILLE HUIT CENTS DIRHAMS

payé par chèque N° 9662355
Sur la BMCI Conf ACCUSÉ CAISSE
JERRADA OASIS

Cachet et Signature

CLINIQUE JERRADA OASIS
Ave. Abderrahim Bouabid
Tél: 05 22 23 81 81 Fax: 05 22 23 81 82

Dr. BENYAHYA Mohamed Salim
Ophtalmologue
Tél: 05 22 23 81 81 Fax: 05 22 23 81 82

CLINIQUE JERRADA OASIS

BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER 19E1812397

NOM DU PATIENT M. ASSAL ABDELAZIZ

MÉDECIN TRAITANT BENYAHYA MOHAMED SALIM

DATE D'ENTREE 18/05/2019

DATE DE SORTIE 18/05/2019

CLINIQUE JERRADA OASIS
Ave. Abdellah Dahim Bouabid
CASABLANCA
Tel.: 05 22 23 81 81 - Fax: 05 22 23 81 82

Dr. BENYAHYA Mohamed Salim
Ophtalmologiste
Tel: 0522 52 56 56

CLINIQUE JERRADA OASIS

NOTE D'HONORAIRE

Date d'entrée: 18-05-2019

DR. BENYAHYA Mohamed Salim

PATIENT : M. ASSAL ABDELAZIZ

HONORAIRES : 1 500,00 Dh
(MILLE CINQ CENTS DIRHAMS)

CLINIQUE JERRADA OASIS

PAIEMENT EFFECTUE PAR : assal
abdelaziz

NOM DU PATIENT : M. ASSAL ABDELAZIZ
DATE DE NAISSANCE : 14/04/1962
19E1812397



Reçu N°: 13529-

Paiement du 18/05/2019

Montant 2 800,00 Dh

Type de paiement Chèque

Numéro du chèque : 9662355

Montant du chèque : 2 800,00 Dh

Banque : BMCI

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)



إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

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

عضو الجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون

طبيب إختصاصي سابق بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء

18/08/19
E

Compte rendu
de l'IUT
et

Anesthésie Topique
Système dans lequel desac
réperçage de l'œil du patient
après application d'un gel
A 1% de chlorhydrate
lactate de lidocaïne