

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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 : DAM, Retraité  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ASSAL ABDELAZIZ Date de naissance : 14-1-1962  
Adresse : 39 Rue EL AZAFRANE HAY AL HOUDA Benzekel  
Tél. : 0661523060 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/05/19  
Nom et prénom du malade : Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : oedème  
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) :

# 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
18.02.2019	Fait	2	08334	
80				

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

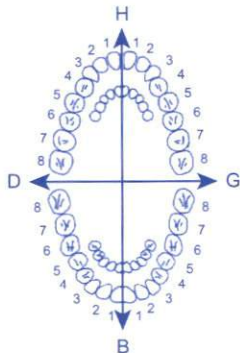
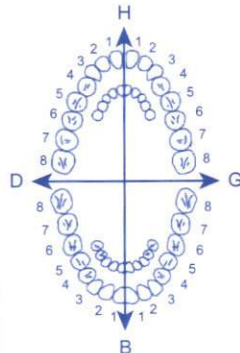
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur BENYAHYA Mohamed Salim

## 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 )



الدكتور بن يحيى محمد سليم

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

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

عضو الجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون  
طبيب إختصاصي سابق بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء

18/05/19

Assel  
HONEL A212

Oreillem mouch  
OD

R IUT OD

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

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. : 0522 32 56 56 - BERRCHID

# CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 18-05-2019

Facture N° 08384/19

## A. Identification

N° Dossier : 19E1812397

N° Identifiant : 006116/19

Nom & Prénom : M. ASSAL ABDELAZIZ

C.I.N : W48199

Adresse : 39 RUE ZAAFARAN HAY AL HOUDA BERRECHID

## C. Débiteur

Organisme : Payant

ICE :

Adresse :

## D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 18-05-2019

Date Sortie : 18-05-2019

Médecin traitant :

Traitement : INJECTION AVASTIN

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

Arrêté la présente facture à la somme de :

DEUX MILLE HUIT CENTS DIRHAMS

Cachet et Signature

payé par chèque N° 9662355  
Sur la BMEI

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

Dr. BENYAHYA MOHAMED SALIM  
Ophtalmologue  
Tél: 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. Abdelrahim Bouabid  
CASA BLANCA  
Tél.: 05 22 23 81 81-Fax: 05 22 23 81 82

الدكتور بن يحيى محمد سليم  
Dr. BENYAHYA Mohamed Salim  
طبيب أمراض عيون  
Ophthalmologist  
Tél: 05 22 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**

<b>Montant</b>	<b>2 800,00 Dh</b>
----------------	--------------------

<b>Type de paiement</b>	<b>Chèque</b>
-------------------------	---------------

<b>Numéro du chèque :</b>	<b>9662355</b>
---------------------------	----------------

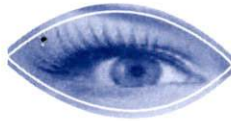
<b>Montant du chèque :</b>	<b>2 800,00 Dh</b>
----------------------------	--------------------

<b>Banque :</b>	<b>BMCI</b>
-----------------	-------------

Imprimé par : EL HARIRI MOHAMED Le 18/05/2019  
08h48

Ophtalmologiste

Spécialiste des maladies et Microchirurgie  
des yeux - Strabologie  
Chirurgie de la cataracte aux U.S  
Angiographie, Laser



إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

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

عضو الجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون

طبيب إختصاصي سابق بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء

Membre de la société française d'Ophtalmologie  
Ancien Spécialiste au CHU. Ibnou Rochd ( 20 Aout )

18/08/19

*[Signature]*

Compte rendu  
de l'ÉIUT  
ad

Anesthésie Topique  
Bétabloc dans l'œil de base  
repérage de l'anneau du chambre  
après du produit aut. Vagf  
A16 des l'œil de base  
cataracte de l'œil de base