

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

Éducation :

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.

Déclaration de 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

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- 0023255

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8835

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre : RAM' Retraité

Nom & Prénom : ALLAL ABDELLAH

Date de naissance : 14-04-1962

Adresse : 20 Rue EMMANUEL HAY ATTOU

Tél. : 05 21 52 30 60

Total des frais engagés : 1200,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

 Cachet du médecin :

06 OCT. 2010

Date de consultation : 30

Nom et prénom du malade : APRÈL ALLAL ABDELLAH

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : pneumopathie tuberculoïde

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : accident circulatoire

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 : Berrechid

Le : 08/10/2010

Signature de l'adhérent(e) : 



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 Cœfficients	Montant des Honoraires
André JERRADA Service de Radiologie CASABLANCA Tél. 05 22 99 37	02/10/18	Laser K.80	1200,00 dh

AUXILIAIRES MÉDICAUX

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'

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]

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

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAIL

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

الدكتور بن يحيى محمد سليم

Docteur BENYAHYA Mohamed Salim

Ophtalmologiste

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



اختصاصي 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)

30/09/09

Assel BERRCHID
الدكتور بن يحيى محمد سليم
Dr. BENYAHYA Mohamed Salim
طبيب إختصاصي في أمراض وجراحة العيون
Ophtalmologiste
Tél: 0522 32 56 56

PP R Clinique JERRADA OASIS
Service de Radiologie
CASABLANCA
Tél: 05 22 99 37 48

O 6

الدكتور بن يحيى محمد سليم
Dr. BENYAHYA Mohamed Salim
طبيب إختصاصي في أمراض وجراحة العيون
Ophtalmologiste
Tél: 0522 32 56 56

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 : 02-10-2019

Facture N° 17671/19

A. Identification

N° Dossier : 19J0222430

N° Identifiant : 006116/19

Nom & Prénom : M. ASSAL ABDELAZIZ

C.I.N : W48199

Adresse : 39 RUE ZAAFARAN HAY AL HOUDA BERRECHID

Médecin traitant : DR . BENYEHYA Salim

C. Débiteur

Organisme : Payant

page 1/1

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 02-10-2019

Date Sortie : 02-10-2019

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

MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

Cachet et Signature

Clinique JERRADA OASIS
Service de Radiologie
CASABLANCA
Tél : 05 22 99 87 48

الدكتور عبد الرحيم بو عبيد
Dr. Abderrahim Bouabid
Dr. BENYEHYA Salim
طبيب بالكلية الطبية
Oncologue et Radiologue
Tél. 05 22 99 87 48
Tél. 05 22 99 86 55

CLINIQUE JERRADA OASIS

**PAIEMENT EFFECTUE PAR : M.
ASSAL ABDELAZIZ**

**NOM DU PATIENT : M. ASSAL
ABDELAZIZ**

**DATE DE NAISSANCE : 14/04/1962
19J0222430**



Reçu N°: 25287

Paiement du 02/10/2019

Actes

Montant	1 200,00 Dh
----------------	--------------------

Type de paiement	Chèque
-------------------------	---------------

Numéro du chèque :	9662364
---------------------------	----------------

Montant du chèque :	1 200,00 Dh
----------------------------	--------------------

Banque :	BMCI
-----------------	-------------