

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.

Diagnostique 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.

Prothèse 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

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° P19-0006805

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8533 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Reverte
Nom & Prénom : Assa Abdelaziz Date de naissance : 14-04-1962
Adresse : 39 Rue ZANERANE, HAYAT AL HAYAT - Berrechid
Tél. : 066152306 Total des frais engagés : 2545,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Mohamed Sahim
Date de consultation : 30/09/19
Nom et prénom du malade : Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Rel impetie diabète
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 : Berrechid Le : 03/10/2019
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
02.10.2019			8500,00 DHS	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	2/10/19	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

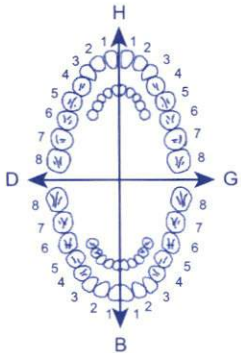
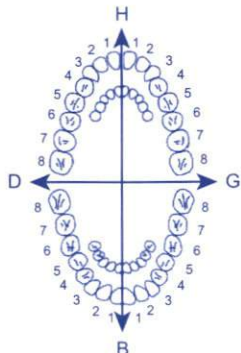
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	Coefficient DES TRAVAUX
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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 للجلافة
علاج الحول ، مسالك الدموع
فحص الشرايين بالأشعة
العلاج بالليزر

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

20/09/19

Askel

ABDEALZ

I VI

OD

2

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

الدكتور بن يحيى محمد سليم
Ophtalmologiste
Tél.: 05 22 32 56 56
طبيب إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

Casablanca le 02/10/19

ASSAL ABDEL LA 2i2

45,90

& cloxan callyre

19/10/19



Dr. BENYAHIA Mohamed Salim
Ophtalmologiste
Tél: 05 22 23 81 82

Posologie

CILOXAN 0,3% Collyre, flacon de 5 ml

A.M.M. N° 151 DMP/21/NRQ

Laboratoires Sothema

PPV : 45,90 DHS

Remboursable AMO

406434

attention.

Des réactions allergiques à type d'urticaire, démangeaisons, fourmillements, et des chocs d'origine allergique généralisés (brusque gonflement du visage et du cou, gêne respiratoire, chute de la tension artérielle) pouvant mettre en jeu la vie, ont été observés, parfois dès la première prise, chez des patients traités par des médicaments de la famille des quinolones administrés par voie orale ou par injection.

Si vous remarquez les premiers signes d'une éruption cutanée ou de toute autre réaction d'hypersensibilité, y compris une urticaire, des démangeaisons ou des problèmes respiratoires, arrêtez le traitement et contactez immédiatement votre médecin. Si vous avez une réaction

e,
ant
0,3 POUR
incidentelle,
moins,
n'est

toutes les 4 heures. Si le patient nécessite un traitement dépassant 14 jours, le schéma posologique est laissé à l'appréciation du médecin.

Prise ou utilisation de médicaments

L'efficacité de ce collyre peut être perturbée par l'instillation simultanée d'un autre collyre. En cas de traitement concomitant par une autre préparation ophtalmique, il convient d'attendre au moins 5 minutes entre chaque instillation. Si vous utilisez une pommade ophtalmique, appliquez-la en dernier.

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, même s'il s'agit d'un médicament obtenu sans ordonnance, **IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.**

Grossesse et Allaitement

Ne pas utiliser CILOXAN 0,3 POUR CENT collyre pendant la grossesse ou

CLINIQUE JERRADA OASIS

PAIEMENT EFFECTUE PAR : M.
ASSAL ABDELAZIZ
NOM DU PATIENT : M. ASSAL
ABDELAZIZ
DATE DE NAISSANCE : 14/04/1962
19J0222424



Reçu N°: 25286

Paiement du 02/10/2019

Montant	2 500,00 Dh
Type de paiement	Chèque
Numéro du chèque :	9662363
Montant du chèque :	2 500,00 Dh
Banque :	BMCI

CLINIQUE JERRADA OASIS

NOTE D'HONORAIRE

Date d'entrée: 02-10-2019

DR. BENYAHYA Mohamed Salim

PATIENT : M. ASSAL ABDELAZIZ

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

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

Dr. BENYAHYA Mohamed Salim
Ophtalmologiste
Tél: 05 22 23 81 81

CLINIQUE JERRADA OASIS

BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER 19J0222424

NOM DU PATIENT M. ASSAL ABDELAZIZ

MÉDECIN TRAITANT BENYAHYA MOHAMED SALIM

DATE D'ENTREE 02/10/2019

DATE DE SORTIE 02/10/2019

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

الدكتور محمد سليم
Dr. BENYAHYA Mohamed Salim
Opticien
Tél: 05 22 23 81 81

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 02-10-2019

Facture N° 17696/19

A. Identification

N° Dossier : 19J0222424

N° Identifiant : 006116/19

Nom & Prénom : M. ASSAL ABDELAZIZ

C.N : W48199

Adresse : 39 RUE ZAAFARAN HAY AL HOUDA BERRECHID

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom : CHOUKI HLIMA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 02-10-2019

Date Sortie : 02-10-2019

Médecin traitant : DR . BENYAHYA MOHAMED SALIM

Traitement : CATARACTE

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)		1 500,00			1 500,00
Total Rubrique :						1 500,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						1 500,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL
						2 500,00

DEUX MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

Modalité de paiement	Ref Cheque	Montant	Solde
CHEQUE	9662363	2 500,00 Dh	0,00 Dh

Cachet et Signature

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

Ave. Abderrahim Bouabid - Casablanca Tél. : 05 22 23 81 81 Fax : 05 22 23 81 82
E-mail : direction@cliniquejerrada.com - IF : 40280390 - ICE : 001628705000012- RIB : 230780404038722100950065

Dr. BENYAHYA MOHAMED SALIM
Ophtalmologiste
Tél: 05 22 23 81 81