

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.

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 canalaire, 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 canalaire.

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 : 8553

Société : RATIM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Assaad Alabdelaziz

Date de naissance : 14-04-1967

Adresse : 39 Rue D'APPAREIL, HAY AL HOUT - Berrechid

Tél. : 066152906

Total des frais engagés : 251590 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/09/1979

Nom et prénom du malade : Assaad Alabdelaziz

Age : 19

Lien de parenté : Soi-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Retinopathie de Diabète

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Maladie de Diabète

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) : Abdelaziz

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
30/09/18			1000	Signature et cachet du Médecin
02.10.2018	Facture n°- 17696118	8500,00 Dhs	Signature et cachet du Médecin	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/01/19	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

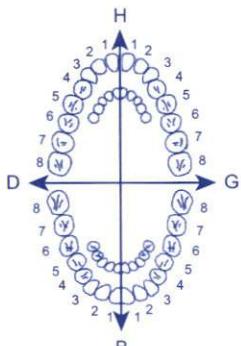
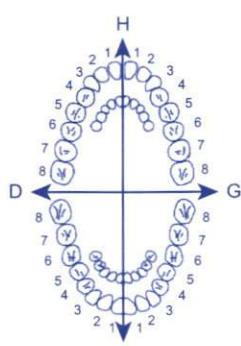
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 l'ostéodensitométrie.

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			
	$ \begin{array}{r l} 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \end{array} $ <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Coefficient DES TRAVAUX
				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'EXEC

Ophtalmologiste

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



اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

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

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

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

30/09/15

A8fel

ABDELAZ

J VI

OD

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

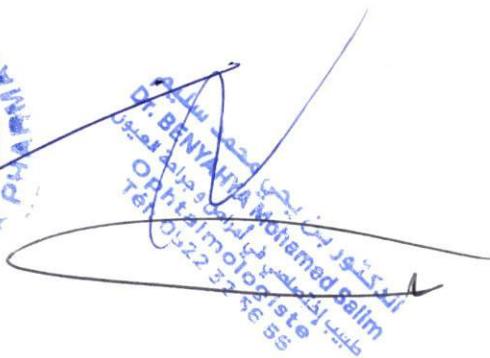
Dr. BENYAHYA Mohamed Salim
Ophtalmologiste
جراحة المجهريّة للجلالة
علاج الحول ، مسالك الدموع
فحص الشرايين بالأشعة
العلاج بالليزر

Casablanca le 02/10/19

ASSAL ABDELAZIZ

45, 90
a close on calypre

19/12/30



Posologie

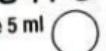
118001 070176

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

le,
ant
,3 POUR
incidentelle,
moins,
n'est

attendue.

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

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 à 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 91 81 Fax: 05 22 23 81 82

Dr. BENYAHYA Mohamed Salim
Ophtalmologist
Ophtalmologist
Télé: 05 22 23 91 81

CLINIQUE JERRADA OASIS

BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

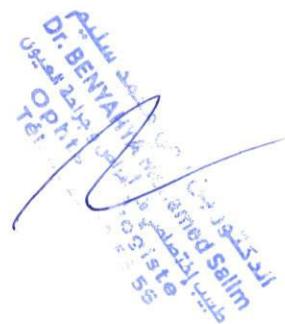
N° DE DOSSIER 19J0222424

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



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.I.N : W48199

Adresse : 39 RUE ZAAFARAN HAY AL HOUDA BERRECHID

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

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom : CHOUKI HLIMA

Médecin traitant : DR . BENYAHYA MOHAMED SALIM

Traitements : 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 :						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
						TOTAL GENERAL
						2 500,00

DEUX MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

Cachet et Signature

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

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

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

Dr. BENYAHYA MOHAMED SALIM
Ophtalmologist
Tel: 05 22 23 81 82