

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVRER 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 : Nº P19- 0023501

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8933

Société :

RAM

Retraite

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ASSAL ABDELAZIZ

Date de naissance : 12-11-1962

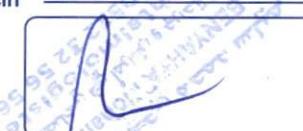
Adresse : 39, Rue FZAAFRANE HAY ALHOUZA - Benrechid

Tél. : 0661523060

Total des frais engagés : 2815,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : ASSAL ABDELAZIZ Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

cardiome insuffisance cardiaque

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

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 : Benrechid

Le : 17/05/2019

Signature de l'adhérent(e) :

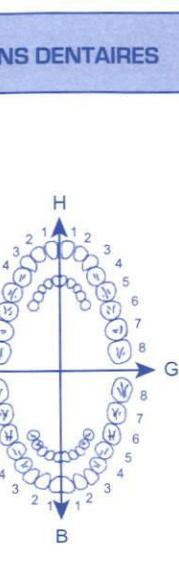
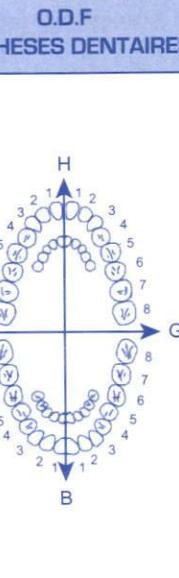
Assal



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
16.05.2018 10	Fait n°- 03m 33.108		2800,00 DA	CLINIQUE JERICO OASIS Ave. Abderrahim Ben CASABLANCA Tel: 05 22 20 01 88 Fax: 05 22 23 87 88

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur ASMOUN Samir Docteur en Pharmacie Rue ASSALAM Hay Al Houda BERRECHID Tél : 05 22 32 94 04	16/05/2019	45,95

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

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																																															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>			Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																									
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																												
CŒFFICIENT DES TRAVAUX																																															
MONTANTS DES SOINS																																															
DEBUT D'EXECUTION																																															
FIN D'EXECUTION																																															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2"> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">11433553</td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> </tr> </tbody> </table>			DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		35533411		B		11433553		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																							
	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																																														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		35533411		B		11433553																														
	H																																														
	25533412	21433552																																													
	00000000	00000000																																													
	D																																														
	00000000																																														
	35533411																																														
	B																																														
11433553																																															
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																															
CŒFFICIENT 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)



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

14/05/19

ASSAL

ABDELAZIZ

I V T

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

R

Casablanca, le 16/05/2019

Mme ASSAL Abdellaziz

PHARMACIE ASMOUN
ASMOUN Samir
Docteur en Pharmacie

12, Rue ASSALAM Hay Al Houda

BERRECHID
Tél. 05 22 32 84 04

45,90

(S.V)

Ciloxan Collyre
Afexhi

6 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

PHARMACIE ASMOUN
ASMOUN Samir
Docteur en Pharmacie
12, Rue ASSALAM Hay Al Houda
BERRECHID
Tél. 05 22 32 84 04

05/05/2019
BENYAHIA Mohamed Salim
Téléphone : 05 22 32 84 04
Fax : 05 22 32 84 04

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 المجهرية للجلالة
علاج الحول ، مسالك الدموع
فحص الشرابين بالأشعة
العلاج بالليزر

عضو الجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون

طبيب إختصاصي سابق بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء

17/05/15

Compte rendu
de l'IUT
du 19/05/2015
Assol
n° 1800ELSS22

Antériorité topique
Blepharostat
repérage de l'axe du linceul
Fixation du produit au moyen
d'un dos de l'axe de linceul
contrôle de l'axe sur l'lash

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 : 16-05-2019

Facture N° 08238/19

A. Identification

N° Dossier : 19E1612257

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 : 16-05-2019

Date Sortie : 16-05-2019

Médecin traitant : DR. BENYAHYA MOHAMED SALIM

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 : 1 000,00						
HONORAIRES MEDICAUX						
1	DR. BENYAHYA MOHAMED SALIM (OPHTALMOLOGUE)		1 800,00			1 800,00
						Total Rubrique : 1 800,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES : 1 800,00						

Arrêté la présente facture à la somme de :

DEUX MILLE HUIT CENTS DIRHAMS

payé par chèque N° 966 2354
Sur la B.M.C.I
Coff.

TOTAL GENERAL 2 800,00

Cachet et Signature

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

DR. BENYAHYA MOHAMED SALIM
Ophtalmologue
Dr. Abderrahim Bouabid
Télé: 05 22 23 81 81
Fax: 05 22 23 81 82

CLINIQUE JERRADA OASIS

BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER 19E1612257

NOM DU PATIENT M. ASSAL ABDELAZIZ

MÉDECIN TRAITANT BENYAHYA MOHAMED SALIM

DATE D'ENTREE 16/05/2019

DATE DE SORTIE 16/05/2019

CLINIQUE JERRADA OASIS
Ave. Abdessalam Bouabid
CASABLANCA
Tél. 0522 23 81 82 - Fax 0522 23 81 82

Dr. BENYAHYA Mohamed Salim
Date d'entrée : 16/05/2019
Date de sortie : 16/05/2019
Tél. 0522 23 81 82

CLINIQUE JERRADA OASIS

NOTE D'HONORAIRE

Date d'entrée: 16-05-2019

DR. BENYAHYA Mohamed Salim

PATIENT : **M. ASSAL ABDELAZIZ**

HONORAIRES : **1 800,00 Dh
(MILLE HUIT CENTS DIRHAMS)**

CLINIQUE JERRADA OASIS

PAIEMENT EFFECTUE PAR : assal
abdelaziz

NOM DU PATIENT : M. ASSAL ABDELAZIZ

DATE DE NAISSANCE : 14/04/1962

19E1612257



Reçu N°: 13332

Paiement du 16/05/2019

Montant 2 800,00 Dh

Type de paiement Chèque

Numéro du chèque : 9662354

Montant du chèque : 2 800,00 Dh

Banque : BMCI