

# 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.

## Ordonnance :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Educational :

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 :

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- 0023501

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8933 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite  
Nom & Prénom : ASSAL ABDELAZIZ Date de naissance : 12-4-1962  
Adresse : 39 Ave ELAARANE HAY ALHODA - Berrechid  
Tél. : 0661523060 Total des frais engagés : 2845,90 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 : oedème nourin diabète

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

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 : 17/05/2019

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
16.05.2018	Fact n° 03238/18	8800		Clinique Terroir Oasis Ave. Abderrahim CASABLANCA Tél: 05 22 23 81 81 Fax 05 22 23 81 82

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ASMOUN Samir Docteur en Pharmacie Rue ASSALAM Hay Al Houda BERRECHID Tél: 05 22 32 84 94	16/05/2019	45,90

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

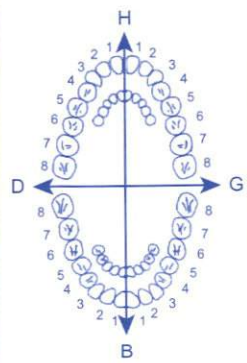
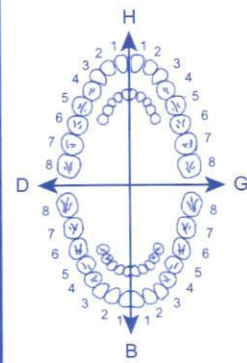
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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

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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             H              25533412              00000000              D              00000000              35533411           </div> <div>             21433552              00000000              G              00000000              11433553              B           </div> </div>			Coefficient DES TRAVAUX
	[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

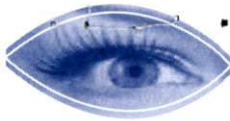
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur BENYAHYA Mohamed Salim

**Ophthalmologiste**

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

Membre de la société française d'Ophthalmologie  
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

14/05/19

ASSAL

ABDELAZIZ

I. V. T

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

Signature

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

مصحة جرادة الوازيس



Casablanca, le 16/05/2019

M<sup>re</sup> Assal Abdelagab

PHARMACIE ANASSAL  
ASMOUN Samir  
Docteur en Pharmacie  
12, Rue ASSALAM Hay Al Houd  
BERRECHID  
Tél : 05 22 32 84 94

45,90

(S.V)

Giloxan Collyre  
gtx4i



PHARMACIE ANASSAL  
ASMOUN Samir  
Docteur en Pharmacie  
12, Rue ASSALAM Hay Al Houd  
BERRECHID  
Tél : 05 22 32 84 94

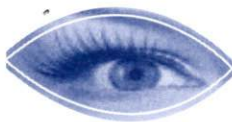
8 jrs

DR. BENYAHIA  
Ophth. Spécialiste  
Tél : 05 22 32 84 94  
Wissal  
Wissal  
Wissal



Ophthalmologist

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

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

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

17/05/13

Compte rendu  
de C IUT  
ou Asses  
HONELASZ

Anesthésie Top  
Blepharostat  
reperege de l'anneau du linc  
Triage du produit aut-veig  
A/b lors de l'end de l'oc  
contrôle de l'anneau au dayh

# 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

Traitement : 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 :						
HONORAIRES MEDICAUX						
1	DR. BENYAHYA MOHAMED SALIM (OPHTALMOLOGUE)		1 800,00			1 800,00
Total Rubrique :						1 800,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
TOTAL GENERAL						2 800,00

Arrêté la présente facture à la somme de :

DEUX MILLE HUIT CENTS DIRHAMS

payé par chèque N° 966 2354  
sur la BMCI  
CASH

Cachet et Signature

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 81

## 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. Abdelrahim Bouabid  
CASA BLANCA  
Tél. 05 22 23 81 81 Fax 05 22 23 81 82

DR. BENYAHYA MOHAMED SALIM  
Ophtalmologue  
Tél: 05 22 23 81 82  
Fax: 05 22 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**

**Imprimé par : GAAMOUZE Adil Le 16/05/2019 08h**