

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.

Radiologie 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.

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 |

La 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.

N° W19-473658

N.D. 37078

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	1409	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AARAB L HOUCINE			
Date de naissance : 01/01/1973			
Adresse : 117 Boulevard Mohammed V Casablanca			
Tél. :		Total des frais engagés :	Dhs

Cadre réservé au Médecin			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> DR. KHALID EL MARWANI <i>Ophtalmologiste</i> 45 Lot Salam 1000 Casablanca 1 Appart. Benoussis Sidi Moumen - Casablanca Tel: 05 22 74 71 00 GSM: 05 84 71 09 99 </div>			
Cachet du médecin :	Date de consultation : 07/08/2020	Age:	
Lien de parenté :	AARAB L HOUCINE	Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Affection oculomotrice.		
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 :

Signature de l'adhérent(e) :



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
07/08/2022	C-S		200Dhs	INP : 091291930 Dr. EL MARWANI Ophtalmologiste 45 Lot. Salam D2, Stage 1 Appt.4 Bennoussi Sidi Mumej - Casablanca Tel: 05 22 74 71 00 GSM: 06 61 22 00 05

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Dr. EL MARWANI</i>	18/08/2022	30.30 Dhs

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Dr. YERRADA</i> Service de Radiologie CASABLANCA Tel: 05 22 99 27 00	12/08/2022	K80 Ange 10CT	260.00 Dhs

AUXILIAIRES MEDICAUX

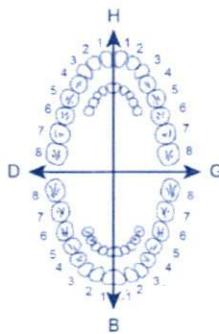
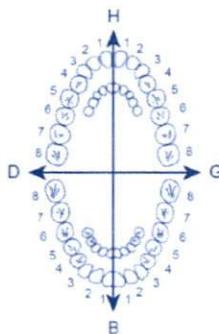
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []
				Coefficient des travaux []
				Montants des soins []
				Début d'exécution []
				Fin d'exécution []
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 D 00000000 G 00000000	G 21433552 00000000 B 35533411	H 00000000 D 00000000 G 11433553	Coefficient des travaux []
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins []
				Date du devis []
				Date de l'exécution []
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. EL MARWANI Khalil

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Chirurgie de la Cataracte (Phaco-Emulsification) & Réfractive
Chirurgie des Voies Lacrymales et des Paupières
Maladies Rétiniennes (Angiographie - O.C.T. -Laser)
Ophtalmologie Pédiatrique - Strobologie



الدكتور المرواني خليل

أخصائي في طب و جراحة العيون

جراحة الجلاة - تصحيح البصر (لазير)
أمراض الشبكية - داء الزرق - مسالك الدموع
أمراض العيون عن الاطفال - تقويم الحول

07 août 2020

Mr. AARAB Lhoucine

30, 30

1/ ICOMB



pharmacy
26, Rue
Doc
Tél: 0522 74 73 01
GSM: 06 84 71 09 09

1 goutte 4 fois par jour, les deux yeux, 10 jours



Dr. KHALIL EL MARWANI
Ophtalmologist
45 Lot Salam
Barnoussi Sidi Moumen - Casablanca
Tél: 0522 74 73 01 - GSM: 06 84 71 09 09
M

إقامة رياض الفتوح ، مشروع السلام أهل الغلام ، تجزئة 45 الطابق الأول الرقم 4 - الدار البيضاء

45 Lotissement Salam TRD2, 1er Étage N° 4, Arrondissement Barnoussi Sidi Moumen - Casablanca

Tél.: 0522 74 73 01 - Gsm : 06 84 71 09 09

Dr. EL MARWANI Khalil

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Chirurgie de la Cataracte (Phaco-Emulsification) & Réfractive

Chirurgie des Voies Lacrymales et des Paupières

Maladies Rétiniennes (Angiographie - O.C.T. -Laser)

Ophthalmologie Pédiatrique - Strobologie



الدكتور المرواني خليل

أخصائي في طب و جراحة العيون

جراحة الجلاة - تصحيح البصر (لازير)

أمراض الشبكية - داء الزرق - مسالك الدموع

أمراض العيون عن الأطفال - تقويم الحول

07 août 2020

Mr. AARAB Lhoucine

prière de bien vouloir faire un oct maculaire et une angiographie ODG



Dr. KHALIL EL MARWANI

Ophthalmologist

45 Lot Salam 1^{er} étage 1^{er} Appt.4

Bernoussi Sidi Moumen Casablanca

Tél : 05 22 74 73 01 - GSM : 06 84 71 09 09

KM

إقامة رياض الفتوح ، مشروع السلام أهل الغلام ، تجزئة 45 الطابق الأول الرقم 4 - الدار البيضاء

45 Lotissement Salam TRD2, 1er Étage N° 4, Arrondissement Barnoussi Sidi Moumen - Casablanca

Tél.: 0522 74 73 01 - Gsm : 06 84 71 09 09

كل 1 مل يحتوي على: 3,0 ملغم توبراميسين، 1,0 ملغم ديكستاميثازون.

سواغات ذات منبول معتمد: كلورور البنزوكوتينوم.
رج العبوة جيداً قبل الإستعمال. عن طريق المعنين.

يحفظ في درجة حرارة لا تزيد عن 30°م.
يحفظ بعيداً عن مرأى وتناول الأطفال.
يختلف الدواء بعد 4 أسابيع من فتحه.

النشرة الداخلية.
إغلاق: إغلاق محسن جمجمون للأدوية.
جدة، المملكة العربية السعودية.

Tableau A (liste A) (لائحة A)
جدول A (لائحة A)



بوليمر
82
من الأدوية
من التغذية - العلاج
غير الدوائية - العلاج
من التغذية - العلاج
غير الدوائية - العلاج

Icomb®
(Tobramycine, Dexamethasone)
SUSPENSION OPHTALMIQUE STERILE



جمجمون فارما
Jamjoom Pharma

اكومب®
Icomb®

Lot: W N 021 7
Fab: 12 19
Exp: 12 21

PPV: 30 DH 30



CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

Facture N° 10729/20

CASABLANCA Le : 12-08-2020

A. Identification

N° Dossier : CJO20H12113346

Nom & Prénom : M. AARAB LHOUCINE

C.I.N : B76448

Adresse : CASA

Médecin traitant : DR . EL MARWANI KHALIL

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
1	OCT+ ANGIO		2 400,00			2 400,00

PARTIE CLINIQUE :

PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :

Arrêté la présente facture à la somme de :

DEUX MILLE QUATRE CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

Traitement :

TOTAL GENERAL	2 400,00
---------------	----------

Cachet et Signature
*Clinique JERRADA OASIS
 Service de Radiologie
 Tél. 05 22 99 37 43*

CLINIQUE JERRADA OASIS

NOM DU PATIENT : M. AARAB LHOUCINE
DATE DE NAISSANCE : 01/01/1943
CJO20H12113346



Reçu N°: 51033

Paiement du 12/08/2020 11h38

Actes

Montant

Type de paiement

2 400,00 Dh

Espèce