

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-675347

136558



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3566

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOURADI YOUSSEF JALAL

Date de naissance : 11.9.58

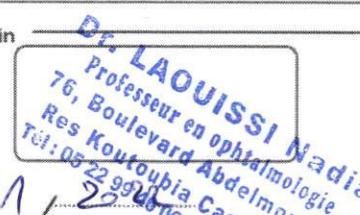
Adresse : 1465 Fuelle

Tél. : 0661131384

Total des frais engagés : 569,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/11/2017

Nom et prénom du malade : MOURADI YOUSSEF JALAL

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection oculaire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel,怎么可能, je déclare que les renseignements sont confidentiels 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) :



Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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.																																																				
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																																																				
	<b>SOINS DENTAIRES</b>  <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> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																														INP : <input type="text"/>		
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																																
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																																				
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																																				
DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																																																				
FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																																																				
	<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b>  <b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>25533412</td><td>21433582</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2">D</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433583</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </tbody> </table>			H	G	25533412	21433582	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433583	B																																				
	H	G																																																		
	25533412	21433582																																																		
	00000000	00000000																																																		
	D																																																			
	00000000	00000000																																																		
	35533411	11433583																																																		
	B																																																			
	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																																			
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																																			
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>																																																			
	DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																																																			
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																																			
	<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																																																			
	<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION</b>																																																			



AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis  
مصحة جرادة الوازيس

Casablanca, le 31.11.2022

M. MOURADI MOHAMED J

Né le : 11/09/1958

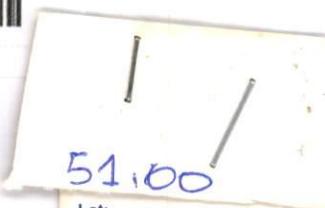


CJ022K03101323

Nom et Prénom : .....

51,40 ❖ SPECTRUM 250MG CP

1 cp 2xjr pendant 5 jrs



30,30 ❖ ICOMB COLLYRE

1 goutte 4xjr pendant 1 mois



54,40 ❖ TOBRADEX POMMADE

1 app le soir pendant 8 jrs



33,00

❖ ICIN COLLYRE

1 goutte 4xjr pendant 8jrs

269,10

❖ HYFRESH

1 goutte 3xjr pendant 1 mois

❖ MYDRIATICUM COLLYRE

1 goutte 3xjr 8 Jours

❖ COMPRESSES OCULAIRE

1 fois/jour

Dr. LAOUISSI Nadia  
Professeur en ophtalmologie  
76, Boulevard Abdelloumen  
Res Koutoubia Casablanca  
Tél: 05 22 99 46 00 / 05 22 99 00 15

Clinique Jerrada Oasis, Boulevard Abderrahim Bouabid (Ex-Jerrada), Oasis, Casablanca

Tél. : 05 22 23 81 81 - 05 22 23 84 52/53/54 - Fax : +212 5 22 23 81 82

Site web : [www.cliniquejerrada.ma](http://www.cliniquejerrada.ma) - E-mail : [direction@cliniquejerrada.ma](mailto:direction@cliniquejerrada.ma)