

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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
 0 Prise en charge : pec@mupras.com
 0 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° W21-768880

245636

Optique

Al

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1186

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

YAKOUTY

TAI BI

Date de naissance :

01/01/1950

Adresse :

HAY HANA RUE PASSAGE HASSANE N°6
CASABLANCA

Tél. : 0661747962
0522363065

Total des frais engagés :

206,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

CASABLANCA

Le : 07/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/01/2013	206,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]																
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]																
				DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]																
				FIN D'EXECUTION [REDACTED]																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]																
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <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">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Creation, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		35533411		G		B		MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
D																				
00000000																				
35533411																				
G																				
B																				
				DATE DU DEVIS [REDACTED]																
				DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC



AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis
مصحة جراده الوازيس

Casablanca, le

07/01/2023

Mme OUKALLANE RACHID
Né le : 26/06/1957

CJ023A06063417

RC . 399364 - Tp . 370941
Tél : 0522 238452 / 0522 238453
Rue Bouazzza 29 Casablanca
ROUTE D'AZZIB SUR KENitra
CELOCERAIN BLD SIDI ABD
AL ALI HASSAN BLD SIDI ABD
ARDINS

- + 131,60
+ 74,80
206,40
- Spectre Bio g x 3/1
part n°j
- cheque persent
25/2
- Ablation fil de fer 10j
- Rose Br Moustache

206,40

Clinique Jerrada Oasis
113 Bd Abderrahim Bouabid
Télé : 0522 238452 / 0522 238453
Email : direction@cliniquejerrada.ma
Site web : www.cliniquejerrada.ma

Dr. Mehdi OUAZZANI
Anc. Professeur
Chirurgien ORTHOPÉDIQUE
INPE : 091170662

131,60

74,80