

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2820 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre:

Nom & Prénom :

RAHIALI

Abdelkader

Date de naissance :

1959

Adresse :

Rue 1 N° 26 Diour Lakrem M. Mohamed

Tél. : 0667813517

Total des frais engagés : 168,45 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

10/10/2019 Age: 60 an

Nom et prénom du malade :

Khalid Fathia

Lien de parenté :

Même famille Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

ALD

Affection longue durée ou chronique: ALD ALC Pathologie :

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 : CASABLANCA Le : 07/10/2019

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
15/02/2013	✓	✓ Visite Famil	✓ Avant (1) Famil	AKDITA Clinique Jerrada Oasis جراحة براقة الوازيس

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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	

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, le cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 25-02-2023

page 1/1

Facture N° 03836/23

A. Identification
 N° Dossier : CJO23B25204728
Nom & Prénom : Mme KHIATE FATIMA
 C.I.N :
 Adresse : DIOUR LAKRAM RUE 1 NO 26 MOHAMMEDIA

N° Identifiant : 069884/22

C. Débiteur

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 25-02-2023

Date Sortie : 25-02-2023

Traitement : Urgence

Médecin traitant : DR . BEN ISSA REGUAYE NADIA

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
	PRESTATIONS					100,00
1	SALLE D URGENCE		100,00			100,00
	PHARMACIE INTERNE		68,45			68,45
1	PHARMACIE		68,45			68,45
	PARTIE CLINIQUE :					0,00
	PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :					
	Arrêté la présente facture à la somme de :				TOTAL GENERAL	168,45

CENT SOIXANTE-HUIT DIRHAMS QUARANTE-CINQ CENTIMES

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

signature de l'assuré



AKDITAL
 Clinique Jerrada Oasis
 مصحة جرادة الوازيس

CLINIQUE JERRADA OASIS

Séjour : Du 25/02/2023 au 25/02/2023

Patient : Mme KHIATE FATIMA

N° Dossier : CJO23B25204728

Organisme : PAYANT

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
COMPRESSES STERIL 10X10/10 (01)	7,30 Dh	3	21,90 Dh
GANT NITRIL JETABLE S,M,L (200)	1,89 Dh	6	11,34 Dh
GANT STERILE GAMEX AVEC POUDRE 8	10,00 Dh	1	10,00 Dh
OMNIFIX 10CMX10M (SPARADRAPS)	3,00 Dh	2	6,00 Dh
SERINGUE 10 CC	2,00 Dh	2	4,00 Dh
STERICRIN 3/0 CT 3/8 25 MM	15,21 Dh	1	15,21 Dh
			68,45 Dh

AKDITAL
Clinique Jerrada Oasis
الطب النفسي

CLINIQUE JERRADA OASIS

PAIEMENT EFFECTUE PAR : c/c
NOM DU PATIENT : Mme KHIATE
FATIMA
DATE DE NAISSANCE : 28/12/1962
CJO23B25204728



Reçu N°: 137807

Paiement du 25/02/2023 21h19

Actes	
Montant	168,00 Dh
Numéro de compte	439375****1098
Nom de propriétaire	c/c
Type de paiement	TPE

Imprimé par : NYAZI Hamza Le 25/02/2023
21h19