

## 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>305</b>			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>CHAIEB LAHSEN AS9605</b>			
Date de naissance : <b>23/09/1938</b>			
Adresse :			
Tél. : <b>0661 240 949</b> Total des frais engagés : <b>339,80</b> Dhs			

Autorisation CNDP N : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> </div> Cachet du médecin :		
<div style="font-size: small; transform: rotate(-90deg);">Cachet du médecin :</div> <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; display: inline-block; text-align: center;">   <b>20/02/2023</b> </div> Date de consultation : <b>20/02/2023</b> Nom et prénom du malade : <b>CHAIEB LAHSEN</b> Age: _____	Date de consultation : <b>20/02/2023</b>		
	Nom et prénom du malade : <b>CHAIEB LAHSEN</b> Age: _____		
	Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
	Nature de la maladie : <b>obtuse</b>		
	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 **29/02/2023**  
 Signature de l'adhérent(e) : **CHAIEB LAHSEN**

#### **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
201 102/9 2023	Professeur NEUROLOGIE - EEG/EMG Clinique MERRA Oasys	5	300,00 INP : 091032391	INP : 06 67 17 33 11

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/10/2023	39,80

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

ture de tous

BELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				Coefficient des travaux <input type="text"/>
				Montants des soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux <input type="text"/>
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	Montants des soins <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis <input type="text"/>
				Date de l'exécution <input type="text"/>



AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis  
مصحة جرادة الوازيس

Casablanca, le.....

20/02/2023

Mr CHAIEB Lahsen

XARELTO 20MG

1 Comprimé le midi

KARDEGIC 75 MG

1 Sachet le matin

CRESTOR 20 MG

1 Comprimé le soir

LAROXYL 40 mg/ml S buv Fl cpte-gttes/20ml

5 gtes le soir

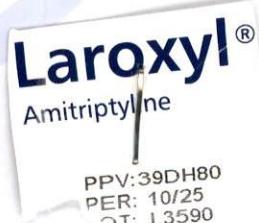
TROIS MOIS



20/02/2023

7682

Dr A. DRASSI KARDOUSSI  
Hôpital Essaïd - Casablanca  
Tél. 05 22 38 28 29



# CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 20-02-2023

## Facture N° 03474/23

page 1/1

### A. Identification

N° Dossier : CJO23B20184156

N° Identifiant : 071898/23

**Nom & Prénom : M. CHAIEB LAHSEN**

C.I.N : B369887

Adresse : IMPASSE DAIET HACHLAF VILA 12 CASABLANCA

### C. Débiteur

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

### D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 20-02-2023

Date Sortie : 20-02-2023

Traitements :

Médecin traitant : DR . EL OTMANI HICHAM

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PARTIE CLINIQUE :						
HONORAIRES MEDICAUX						
1	DR. EL OTMANI HICHAM (NEUROLOGUE)		300,00			300,00
Total Rubrique :						
300,00						
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
TOTAL GENERAL						
300,00						

Arrêté la présente facture à la somme de :

signature de l'assuré

TROIS CENTS DIRHAMS

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