

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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° W21-773547



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Télé. :

Société :

Autre :

Khalid Ghoudi CRSP

050 64 60 30

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتورة نوال وحيد

Docteur NAOUAL WAHID  
Spécialiste en Anesthésie  
Réanimation

INPE 0.9 1.0 2.6 0.0 5

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

Asthme à Tréphém des mœurs

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 : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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
03/03/23	Voir la facture	1400.00		<p>DR. J. A. WAHAB Docteur NAOUALI Spécialiste en Anesthésie et Réanimation INP 091 026005</p>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE OUARDES CASABLANCA S.A.R.L. Angle Bd Chandi et Bd Jazoub El Mansour Casablanca Tél: 0522 36 08 06</p>	213123	69,60

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

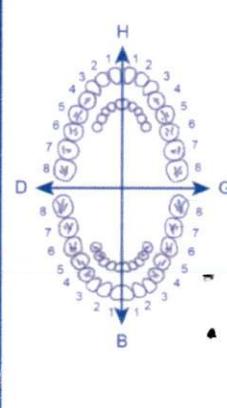
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

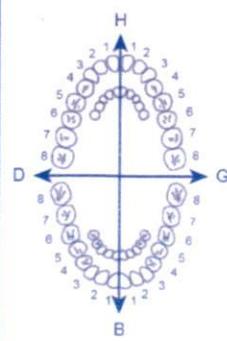
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**PHARMACIE OULMES CASA**  
**S.A.R.L.A.U**  
Angle Bd Ghandi et Yacoub  
El Mansour - Casablanca  
Tél: 0522 36 08 06

Oceanic Clinic  
Groupe Oncorad

03/03/23

Ch. Dahda Aicha

20,90



- 1/ vit D Bon 200 000 UI  
Magne. a prendre le

48,70 Matin



2/ urimag B6  
1er ap a 215

- 3/ vit C. 100 a sucre Biophan.

69,60

الدكتورة نوال وحيد  
Docteur NAOUAL WAHID  
Spécialiste en Anesthésie  
Réanimation  
INPE 09 40 26 00 1



090004029

شارع سidi عبد الرحمان، زاوية زنتة سليمانة، حي الهنا، الدار البيضاء، المغرب  
Boulevard Sidi Abderrahmane, Angle rue de Sijilmassa, Hay El Hana, Casablanca - Maroc  
(+212) 5 22 39 69 60 / 61/62/63/64 (+212) 5 22 39 71 19 @ contact@oceanicclinic.ma

Membre du  
réseau de  
cliniques

Oncorad  
Groupe



مصحة الياسمين

Clinique Yasmine



090004029

Casablanca Le : 03/03/2023

**Facture N° 1989/23**

Etablie par JAWHARA Page 1/1

**Identification**

N° Dossier : X3C031444

N° Identifiant : 23031535/23

**Nom & Prénom : LAHLOU AICHA**

C.I.NB109412

Date Début :

03/03/2023

Date 03/03/2023

Adresse :

Traitemen : Consultation

Médecin : BERRADA J+FARIK J+WAHID NAWAL

Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
-------------	-----	---------	------	------	---------

**SEJOUR**

Frais clinique	1	100,00			100,00
			Total Rubrique :		100,00

**PARTIE CLINIQUE :**

100,00

**HONORAIRES MEDICAUX**

Dr. BERRADA J+FARIK J+WAHID NAWAL(ANESTHESISTE REANIMATEUR)	1	300,00			300,00
			Total Rubrique :		300,00

**PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:**

300,00

Encaissement :	<b>TOTAL FACTURE</b>				400,00
Espèce : 100,00	Chèque :	Solde :	300,00		

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

*Quatre cents Dirhams*



Jerry Laabs

92