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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M23- 0022669

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10063 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : OCHAJAD Med 186198

Date de naissance : 1956/1/1

Adresse : Casablanca

Tél. 06.74.11.67.18 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : OCEANIC CLINIC Anesthésiste-Réanimat. Dr BERRADA Jaafar N°09102578

Date de consultation : 16/11/2023

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : epigastralgie

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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215 /2019

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) : .....

MUPRAS ACCUEIL 11 DEC. 2023

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
16/11/2023	CS		400 DH	
			Voir Facture	X

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BOUKHARI Dr BELKZIZ BAHIA Av. Oued Draa Rue 33 N°43 El Oulfa Tel :0522 90 52 23 Casa	15/11/23	431,[illegible] DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
16/11/2023	Fc (4,95,06 DH)					
	Voir facture					

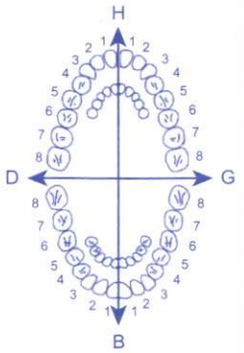
[redacted]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Cœfficient



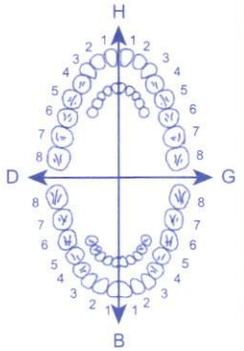
CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

D — G

B

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CŒFFICIENT 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

مصحة الياسمين
Clinique Yasmine

090004029

Casablanca Le : 16/11/2023

Facture N° 13563/23 Etablie par AYOUB ACCUEIL Page 1/1

Identfication

N° Dossier : X3K1610873 N° Identifiant : 23118743/23

Nom & Prénom : OUAJAD NOUHAILA

C.I.N BK705552 Date Début : 16/11/2023 Date Fin : 16/11/2023

Adresse :

Traitement : Perfusion Médecin : BERRADA J+FARIK J+WAHID NAWAL

Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
CONSOMMABLE MEDICAL					
Consommables médicaux	1	32,78			32,78
		Total Rubrique :			32,78
PHARMACIE					
Pharmacie	1	62,28			62,28
		Total Rubrique :			62,28
PHARMACIE					
Perfusion	1	400,00			400,00
		Total Rubrique :			400,00
PARTIE CLINIQUE :					***495,06***
HONORAIRES MEDICAUX					
Dr. BERRADA J+FARIK J+WAHID NAWAL(ANESTHESISTE REANIMATEUR)	1	400,00			400,00
		Total Rubrique :			400,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:					***400,00***

Encaissement :		
Espèce :	*Chèque :*	*Solde :* 895,06

TOTAL FACTURE ***895,06***

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Huit cent quatre-vingt quinze Dirhams et six Cts

Cachet et signature

مصحة الياسمين
Clinique Yasmine
18-11-2023
Bd. Sidi Abderrahmane, Angle Rue de Sijilmassa
Hay El Hana, Casablanca - Maroc
Tél : 05 22 39 69 60 - Fax : 05 22 39 71 19

Oceanic Clinic

15/11/23

Mlle OUAJAD NOUHAILA

168,20

1. Augmentin 1g
1 sachet x 2/j (8j)

216,00

2. Dexamethasone
1 gélule x 2/j (5j)

33,00

3. Oledis 40
1cpx 2/j (10j)

14,60

4. Nexium 160
1cpx 3/j (7j)

5. Doliprane 1g effer.
1cpx 3/j (3j)

431,80

PHARMACIE BOUKHARI
Dr BELKZIZ BAHIA
Av. Oued Draa Rue 33 N°43
El Oulfa Tel :0522 90 52 23 Casa

PHARMACIE BOUKHARI
Dr BELKZIZ BAHIA
Av. Oued Draa Rue 33 N°43.
El Oulfa Tel :0522 90 52 23.Casa

OCEANIC CLINIC
Anesthésite - Réanimateur
DR.BERRADA Jaafar - DR. NAOUAL WAHID
INPE:091025049 INPE:091025003
DR FARIH Jamal Aziz

090004029

OLEDIZ® 40mg,comprimés gastro-résistants.Boite de 28

PPV: 216 DH 00

AMM N° 18620/05/21/TR/DMP/AX/03

6 118001 480067

PPV 14 DH 60
PER 07/26
LOT M1463
S2

14,60

PPV: 168,20 DH
LOT: 652428
PER: 05/25