

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

Le 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 : 12569

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Ifr i Quine ISMAIL

Date de naissance :

28/02/1987

Adresse :

Tél. : 0661078501

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Age :

Nom et prénom du malade :

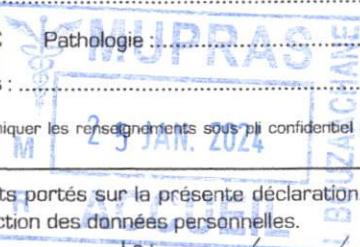
Dr Zainabine Mohamed

Générale

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]



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
15/10/2024	CS		Gratuit	
20/10/2024				

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Clinique Service Casablanca Té : 06 22 98 11 11</i>	19/01/2014	TDM Thoracique	1500,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				<input type="text"/>															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="padding-right: 10px;">21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="padding-right: 10px;">00000000</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">G</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> <td></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552			00000000	00000000		D	00000000	00000000	G		35533411	11433553	
H	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
D	00000000	00000000	G																	
	35533411	11433553																		
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				<input type="text"/>															
	<p style="text-align: center;">Montant des Honoraires</p>				<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															
					<input type="text"/>															

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 19-01-2024

Facture N° 01287/24				C. Débiteur			page 1/1		
A. Identification									
N° Dossier : CJO24A19102146		N° Identifiant : 086132/24							
Nom & Prénom : M. IFRIQUINE ISMAIL									
C.I.N : BE808384									
Adresse : 17 RUE ABOU EL MAHASSINE ROUYANI ETG 4 APPT 10 MAARIF									
Médecin traitant : DR . ZAHNOUNE MOHAMED				Traitement : CONSULTATION					
Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total			
RADIOLOGIE									
1	SCANNER THORACIQUE		1 500,00			1 500,00	Total Rubrique : 1 500,00		
PARTIE CLINIQUE :				1 500,00					
PARTIE HONORAIRE ET ACTES EXTERNES :				0,00					
Arrêté la présente facture à la somme de :				TOTAL GENERAL					
MILLE CINQ CENTS DIRHAMS				1 500,00					

signature de l'assuré

Clinique JERRADA OASIS
Service de Radiologie
Casablanca
Tél : 05 22 23 81 82



AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis
مصحة جرادة الوازيس

AP

19/01/2024

PATIENT : **IFRIQUINE ISMAIL**
PRESCRIPTEUR: Dr. **BEL HOUSSINE DRISSI MOHAMED**

SCANNER THORACIQUE

TECHNIQUE :

Acquisition spiralée millimétrique sans injection de produit de contraste.
Reconstructions multi planaires en fenêtres médiastinales et parenchymateuses.

RESULTATS :

Condensation en bande lingulaire.
Absence d'anomalie parenchymateuse en verre dépoli.
Absence de condensation parenchymateuse focalisée.
Absence d'épanchement pleural.
Absence d'épanchement médiastinal ou péricardique.
Calibre normal de l'aorte des gros vaisseaux pulmonaires et de la veine cave supérieure et inférieure.
Absence d'adénomégalie médiastinale de taille significative.
Absence de lésion osseuse décelable.

CONCLUSION :

Absence d'anomalie parenchymateuse suspecte évolutive.
Absence d'épanchement pleuropéricardique.

Merci de votre confiance.

Dr. AKDIM*

Clinique JERRADA OASIS

Service de Radiologie

Casablanca

Tél. 05 22 99 37 48

Vous pouvez accéder à votre examen en consultant le lien sécurisé suivant: pacswebcjo.ddns.net (Login : HIS646225969186 Mot de passe : HIS86132)

113, Boulevard Abderrahim Bouabid (Ex-Jerrada), Oasis, Casablanca
Tél. : 05 22 23 81 81 | 05 22 23 84 52/53/54 - Fax : 05 22 23 81 82
Patente N° 37987814 - ICE : 001628705000012 - CNSS N° 8686597
E-mail : cliniquejerradaoasis@akdital.ma - Site Web : www.cliniquejerrada.ma





AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis
مصحة جرادة الوازيس

Casablanca, le... 19/01/2024.

Dr. Ifriqine Ismail

Tarek Mijir
from TDR Mijir

~~Clinique JERRADA OASIS
Service de Radiologie
Casablanca
Tél : 06 42 99 37 48~~

~~AKDITAL
Clinique Jerrada Oasis
OCCUPATION DE LA TERRE~~

~~Dr Zahraoui Mohamed
Medecin Urgentiste
GSM: 06 61 41 10 69~~