

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 |

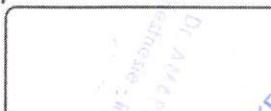
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-819191



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	3861	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	1989914
Nom & Prénom : HABIB MANSOUR			
Date de naissance : 11.01.79			
Adresse : 235 Bd Yacoub El Mansour			
Tél. : 0658750569	Total des frais engagés : 600 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
	
Date de consultation :	28.01.2024
Nom et prénom du malade :	
BERNICKI LORENNA Age: 1973	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	
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 : 15 MAR 2024
Signature de l'adhérent(e) :	
	

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

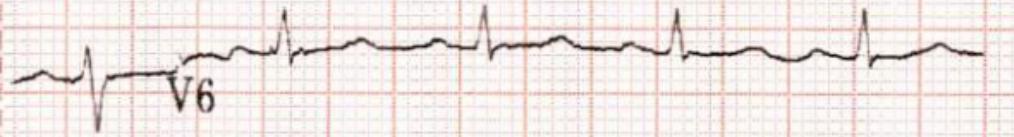
CASABLANCA Le : 28-01-2024

Facture N° 01975/24				C. Débiteur			page 1/1
A. Identification				Organisme : Payant			
N° Dossier : CJO24A28133022 N° Identifiant : 086490/24				ICE : Adresse :			
Nom & Prénom : Mme BERNICHI LOUBNA				D. Période d'Hospitalisation			
C.I.N : Adresse : 235 BD YACCOUB EL MANSOUR IMM IB NR 15 HAY ERRCHA				Date Entrée : 28-01-2024 Date Sortie : 28-01-2024			
Médecin traitant : DR . AMARIR HASNA				Traitement : Urgence			
Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total	
PRESTATIONS							
1	ECG		200,00			200,00	
					Total Rubrique :	200,00	
						PARTIE CLINIQUE :	200,00
HONORAIRES MEDICAUX							
1	DR. AMARIR HASNA (ANESTHESIE-REANIMATION)		400,00			400,00	
					Total Rubrique :	400,00	
						PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :	400,00
Arrêté la présente facture à la somme de :							
					TOTAL GENERAL		600,00

SIX CENTS DIRHAMS

signature de l'assuré
Clinique Jerrada Oasis
الجراحتي جردا عاصي

28-jan-2024 13:40:28



ID :

Fréq. ventr. 98 bpm
Durée QRS 78 ms
QT/QTc 338/431 ms
Intervalle PR 144 ms
Durée P 112 ms
Intervalle RR 612 ms
Axes P-R-T 28 -2 45

x2,5s

0

MAC600 1.02

12SL™v239

MAC600 1.02

12SL™v239

Rythme sinusal normal
ECG normal

mm BÉN NICKI
COURNA