

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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

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° P19- 056135

33225

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3545

Société : RAM REFRAI FC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JALIL MOHAMMED

Date de naissance : 01-01-1953

Adresse : 97 RUE SOCRATE MARABOUT CASA

Tél. : 0670566416

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

  
Boutayeb El Houssine  
Anesthésiste-réanimateur

Date de consultation : ..... / ..... / .....

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

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....



## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>HAMDADI FAYE</b> Pharmacien	29/04/2018	 67,30

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### **Important :**

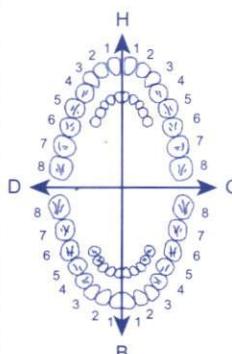
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

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

#### **(Création, remont, adjonction)**



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le

25/04/2020

Jalil NoHamed

Spasfon ®  
30 comprimés enrobés

6 118000 330226

27,50

spasfon x 3

40,00 - 24 x 2,15

- Oatillie sirup

100 x 3

MARNAOUI Faraj  
Boulevard de l'Indépendance  
Casablanca  
Tél. : 05 22 23 81 81  
Fax : 05 22 23 81 83

CLINIQUE JERRADA OASIS  
113, Av. Abderrahim Bouabid  
Oasis - Casablanca

Tél. : 05 22 23 81 81  
Fax : 05 22 23 81 83

6 118000 0011040  
P.P.V : 400H80  
MOTILIUM 1MG/ML O  
SUSP BUU FL 200 ML  
LOT : 9MA171  
PER : 05/2022

# CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 25-04-2020

## Facture N° 05453/20

**A. Identification**

N° Dossier : CJO20D25152409

N° Identifiant : 025839/20

**Nom & Prénom : M. JALIL MOHAMED**

C.I.N : B46156

Adresse : CASA

**C. Débiteur**

page 1/1

**Organisme : Payant**
**D. Période d'Hospitalisation**

Date Entrée : 25-04-2020

Date Sortie : 25-04-2020

Médecin traitant : DR . BOUTAYEB EL HOUCINE

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>INTERVENTION</b>						
1	ECG		200,00			200,00
Total Rubrique :						
200,00						
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>						
1	DR. BOUTAYEB EL HOUCINE (ANESTHESISTE REANIMATEUR)		300,00			300,00
Total Rubrique :						
300,00						
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
<b>TOTAL GENERAL</b>						
500,00						

CINQ CENTS DIRHAMS

Cachet et Signature

CLINIQUE JERRADA OASIS  
13, AV. Abderrahim Bouabid  
Casablanca  
Tél : 05 22 23 81 81  
Fax : 05 22 23 81 82

# CLINIQUE JERRADA OASIS

NOM DU PATIENT : M. JALIL MOHAMED  
DATE DE NAISSANCE : 01/01/1953  
CJO20D25152409



Reçu N°: 42829

Paiement du 25/04/2020 15h25

Actes

Montant

500,00 Dh

Type de paiement

Espèce

MAC60

2

10. *What is the primary purpose of the U.S. Constitution?*

L8

5

5.0 mm/s 10.0 mm/mV

0.16-150Hz

Axes H  
Interv.  
Durée  
Interview  
QT/Q<sup>t</sup>  
Durée  
Fréq.

1

25-avr-2020 16

THE BOSTONIAN

Page 1

1

IAC60

GE