

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

## itions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## iologie 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.

## ique :

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.

## ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## aladie 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 caractére 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](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04640

Société : 35124

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENAICHA SAMI

Date de naissance :

16/02/67

Adresse :

Lot 1eay Patel n° 9 n° 3 OULFA Casablanca

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

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Boutayeb El Housni  
Anesthésiste-réanimateur

Date de consultation :

25/06/2020

Nom et prénom du malade :

BENAICHA SAMI

Age : 22 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

entorse de cheville droite

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 29/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Samia

## 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
25.06.2020	CS + PHARMACIE		437,00 DH	DRADA-OASI- Chim Bouabid ANCA Tél: 0522 23 8 niquejennada...

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

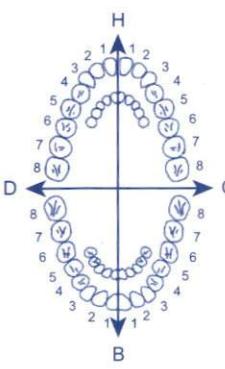
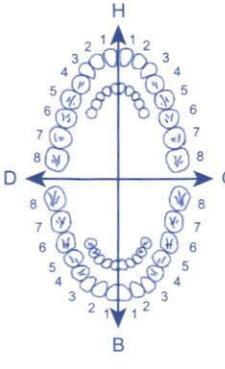
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Centre de Rééducation et de Kinésithérapie de Chevilly	25.06.2020	10	Seances de séu d			P.V = 1140,00 DH
		10	soins pour entorse de la			
			cheville gche			
			10			

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
	D	00000000	B	00000000
		35533411		
				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

# CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 25-06-2020

## Facture N° 07891/20

### A. Identification

N° Dossier : CJO20F25201423

**Nom & Prénom : M. BENAICHA SAMI**

C.I.N :

Adresse : CASA

N° Identifiant : 027691/20

### C. Débiteur

page 1/1

**Organisme : Payant**

### D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 25-06-2020

Date Sortie : 25-06-2020

Traitement : Urgence

Médecin traitant : DR . ANESTHESISTE REANIMATEUR

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
	RADIOLOGIE					400,00
1	CHEVILLE F/P		400,00			400,00
	Total Rubrique :					400,00
	PRESTATIONS		300,00			300,00
1	CONSULTATION		100,00			100,00
1	SALLE D URGENCE					400,00
	Total Rubrique :					400,00
	PHARMACIE INTERNE		37,00			37,00
1	PHARMACIE					37,00
	Total Rubrique :					837,00
	PARTIE CLINIQUE :					0,00
	PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :					
	Arrêté la présente facture à la somme de :					
	HUIT CENT TRENTÉ-SEPT DIRHAMS					
	Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :					
	<b>TOTAL GENERAL</b>					837,00

Cachet et Signature

Clinique JERRADA  
 Service de Radiologie  
 CASABLANCA  
 Tel. 05 22 99 37 48  
 CLINIQUE JERRADA-OASIS  
 113, Av. Abderrahim Bouabid  
 CASABLANCA  
 Tel: 0522 23 81 81 - Fax: 0522 23 81 82  
 E-mail: direction@cliniquejerrada.com



Manal ZEJLI  
Kinésithérapeute et  
Physiothérapeute

منال الرجل  
أخصائية في الترويض الطبي  
و العلاج الفيزيائي

Casablanca le: 17/07/2020

Devis: 421200

La somme de ~~1400,00 DH~~ (Mille quatre cent Dirhams)  
pour une série de 10 séances de rééducation pour entorse  
de la cheville gche

Adressée à M<sup>me</sup> Benâicha Sami

Sur ordonnance du Docteur Bantayeb El Khoudse





Casablanca, le

25-06-2020

Bennicha Sami

Dx de Cholestérol

F + I

Dr Seyyid M

CLINIQUE JERRADA-OASIS

113, Av. Abderrahim Bouabid  
CASABLANCA

Tél : 0522 23 81 81 - Fax : 0522 23 81 82

E-mail : direction@cliniquejerrada.ma



AKDITAL

Actions de Santé

CLINIQUE LONGCHAMPS

مصحة لونشون



CLINIQUE COEUR & CERVEAU

مصحة القلب والدماغ

Casablanca, Le 14-07-2008

Benaicha Sami

Sur ordre de  
kinésithérapie Robotique  
de Dr Chauill

Centre de Kinésithérapie Robotique  
Dr. Benaicha Sami  
Pr. Prince Arreda Chouill  
Boulevard Hassan II  
Tel: 0522 00 00 00

Anesthésiste-Réanimateur  
Boutayeb El Housseine  
Anesthésiste-Réanimateur