

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0025988

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07642

Société : 35124

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENAICHA SAMI

Date de naissance : 16/02/63

Adresse : Lot Leq Fatch me 9 n°8 OUTFA Casa

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Boutayeb El Housseini
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 gauche

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 : Casa

Le : 29/07/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

RELEVÉ 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

CERTIFICAT D'ADHESION
ANCA
133
05 22 23 8
Inquiescent

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

25.06.2020 CHEVILLE F/P

Clinique JERPAH
05 22 23 8
Service de Radiologie
05 22 23 8
05 22 23 8
05 22 23 8

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

10 Semaines de suivi
pour entorse de la
cheville gauche
10 ANS

P.U. = 140,00 DH

P.T. = 1400,00 DH

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G
35533411 11433553
B

Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

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

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

Médecin traitant : DR. ANESTHESISTE REANIMATEUR

Traitement : Urgence

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
RADIOLOGIE						
1	CHEVILLE F/P		400,00			400,00
Total Rubrique :						400,00
PRESTATIONS						
1	CONSULTATION		300,00			300,00
1	SALLE D URGENCE		100,00			100,00
Total Rubrique :						400,00
PHARMACIE INTERNE						
1	PHARMACIE		37,00			37,00
Total Rubrique :						37,00
						837,00
PARTIE CLINIQUE :						0,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
TOTAL GENERAL						837,00

Arrêté la présente facture à la somme de :

HUIT CENT TRENTE-SEPT DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

Cachet et Signature

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

Centre de Kinésithérapie
Essalam

Manal ZEJLI
Kinésithérapeute et
Physiothérapeute



مركز الترويض الطبي
السلام

منال الزجلي
أخصائية في الترويض الطبي
و العلاج الفيزيائي

Casablanca le: 17/07/2020

Devis : 4212020

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

Adressée à M^r Benaïcha Sami

Sur ordonnance du Docteur Boutayeb Elhousseine

Centre de Kinésithérapie Essalam
Manal ZEJLI
Résidence Arreda GH6 Imm. A35
Appt. N°1 Hay El Oulfa - Casablanca
Tél: 022.91.57.71



Casablanca, le 25-06-2020

Fenachia Sami

Dx de Chèvre Gauche
F + L

CLINIQUE JERRADA-OASIS
113, Av. Abderrahim Bouabid
CASABLANCA
Tél : 0522 23 81 81 - Fax : 0522 23 81 82
E-mail : direction@cliniquejerrada.ma


Dr Serhjl

Casablanca, Le 14-07-2020

Benaicha Sami

Dix heures de
kinésithérapie Noturne
de Cauchail

Cent. de Kinésithérapie
Mamad ZEJLA
Place Arrada GHO
Tél: 0522 94 89 39

Boutayeb El Houssine
Anesthésiste-Réanimateur