

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

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

diologie 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.

entaire :

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.

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.

38387

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4915

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KADIRI Yamina (Reine ERRAKRAJY)

Date de naissance : 08.09.1946

Adresse : 3, Rue Jabbes b'nou Hayfaue - Imp. Palmier
Casablanca

Tél. 06 68 77 33 87

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr BENNANI FAHD
Anesthésie Réanimation

Date de consultation : 03.10.2020

Nom et prénom du malade : Kadirri Yamina

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) : CASA

Le 03.10.2020

02 SEP. 2020

ACCHEIL

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 03/08/2020 | CPA | | 250,00 | DR BENNANI PAHO Anesthésie Réanimation Dr JERRAH Bouzid Lancana |

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

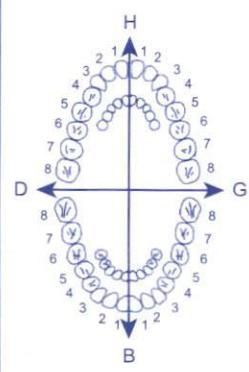
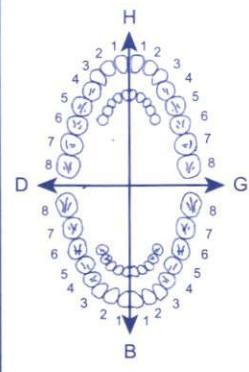
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

| 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 | | | |
|  | $ \begin{array}{c c} H & 25533412 & 21433552 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ \hline D & 00000000 & 00000000 \\ & 35533411 & 11433553 \\ \hline B & & \end{array} \quad G $ <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | 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

Docteur ACHOURI M.

Professeur à la F.M.C

NEUROCHIRURGIEN

NEUROCHIRURGIEN PEDIATRE

Diplômé de la Faculté
de Médecine de Marseille-France

Membre de la SNL Française

76, Bd. Abdelmoumen Résidence
Koutoubia 4^{ème} étage - Casablanca
e-mail : machouri2002@yahoo.fr



Casablanca, le

28/7/20

الدكتور عشوري م.

أستاذ بكلية الطب

اختصاصي في أمراض وجراحة الدماغ

والأعصاب والعمود الفقري

(الكبار - الأطفال - الرضع)

خريج كلية الطب بمرسيليا - فرنسا

76. شارع عبد المؤمن

إقامة كتبية. الطابق 4

الدار البيضاء

CPA

M. l'ezzakhtaly
yassine -

à opérer 024

Camel bouabane
retour

ATCQ

PS de Coronaires

Dr. M. ACHOURI
Neurochirurgien
Résidence Koutoubia Casablanca

A revoir Dans

Tél.: 05 22 98 10 63 - 05 22 98 03 75 - 05 40 15 89 79

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 03-08-2020

Facture N° 10200/20

page 1/1

A. Identification

N° Dossier : CJO20H03115017

N° Identifiant : 029458/20

Nom & Prénom : Mme KADIRI YAMNA

C.I.N : B430437

Adresse : CASA

C. Débiteur

Organisme : Payant

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 03-08-2020

Date Sortie : 03-08-2020

Médecin traitant : DR . ANESTHESISTE REANIMATEUR

Traitement :

| Qté | Prestations | Observation | Prix U. | L.C. | Coef | Total |
|---|-------------|-------------|---------|------|------|-------------------------|
| INTERVENTION | | | | | | |
| 1 | CPA | | 250,00 | | | 250,00 |
| | | | | | | Total Rubrique : 250,00 |
| PARTIE CLINIQUE : | | | | | | |
| PARTIE HONORAIRE ET ACTES EXTERNES : | | | | | | |
| Arrêté la présente facture à la somme de : | | | | | | TOTAL GENERAL |
| | | | | | | 250,00 |

DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS

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

Cachet et Signature

CLINIQUE JERRADA OASIS
713 AV. Abderrahim Bouabid
Oasis - Casablanca
Tél. : 05 22 23 81 81 ①
Fax : 05 22 23 81 82

CLINIQUE JERRADA OASIS

PAIEMENT EFFECTUE PAR : MME KADIRI
YAMINA

NOM DU PATIENT : Mme KADIRI YAMNA

DATE DE NAISSANCE : 08/09/1946

CJO20H03115017



Reçu N°: 50228

Paiement du 03/08/2020

| | |
|---------------------|--------------------|
| Actes | |
| Montant | 250,00 Dh |
| Type de paiement | Chèque |
| Numéro du chèque : | 0044797 |
| Montant du chèque : | 250,00 Dh |
| Banque : | Attijari Wafa bank |