

# 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.

## 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.

## 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

Réclamation : contact@mupras.com  
Prise en charge : pec@mupras.com  
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.

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- 052248

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4915 Société : 38387  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : KADIRI Yamina (Mme EZZAKRAJY)  
Date de naissance : 08.09.1966  
Adresse : 3, Rue Jabber bnou Hayane - Imp Palmier  
Casablanca  
Tél. 0668773387 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr BENNANI FAHD  
Anesthésie Réanimation

Date de consultation : 03/08/2020  
Nom et prénom du malade : Kadiri 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 : Le 03/08/2020

Signature de l'adhérent(e) : CASSA

*CASSA*





### 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
03/10/2020	CPA		250,00	Dr. BENNANI Anesthésie Réanimation

### 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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### 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 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H  25533412  00000000  D  00000000  35533411 </div> <div> H  21433552  00000000  G  00000000  11433553  B </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> 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 Medecine de Marseille-France

Membre de la SNL Française

76, Bd.Abdelmoumen Résidence

Koutoubia 4<sup>ème</sup> étage - Casablanca

e-mail : machouri2002@yahoo.fr



**الدكتور عشوري م.**

أستاذ بكلية الطب

اختصاصي في أمراض و جراحة الدماغ

و الأعصاب و العمود الفقري

(الكبار - الأطفال - الرضع)

خريج كلية الطب بمرسيليا - فرنسا

76. شارع عبد المومن

إقامة كتبية، الطابق 4

الدار البيضاء

Casablanca, le 28/7/20

CPA

M. Elzakharty  
Yamina

à opérer par

Camel Koutoubia  
1/1 étroit

ATC

PS de Corroaire

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

**A. Identification**

N° Dossier : CJO20H03115017

N° Identifiant : 029458/20

**Nom & Prénom : Mme KADIRI YAMNA**

C.I.N : B430437

Adresse : CASA

**C. Débiteur**

page 1/1

**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
<b>INTERVENTION</b>						
1	CPA		250,00			250,00
Total Rubrique :						<b>250,00</b>
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						<b>250,00</b>
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						<b>0,00</b>
<b>Arrêté la présente facture à la somme de :</b>						<b>TOTAL GENERAL 250,00</b>

DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS

**Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :****Cachet et Signature**

  
 CLINIQUE JERRADA OASIS  
 113 Ave. Abderrahim Bouabid  
 Oas - 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**