

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.

Radiologie 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 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

- | | |
|---|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Adhésion et changement de statut | adhésion@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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 15533			
Société :			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre :			
Nom & Prénom : MENVI IC HALID			
Date de naissance : 04/06/1972			
Adresse : CASA GROUN TOWN VILLA 407241 Bouskoura CASA			
Tél. : 0661 060961 Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : / /			
Nom et prénom du malade : Age :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : MUPRAS			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 18 JAN 2020			
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 : **ACCUEIL CASABLANCA** Le : / /

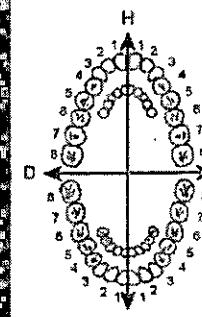
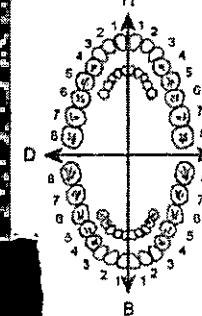
Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : [REDACTED]

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 Particulier	Date des Soins	Nombre		Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	

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 de l'ODF.																
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]												
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]												
	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]												
	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]												
	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	FIN D'EXECUTION [REDACTED]												
	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]												
	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]												
	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DU DEVIS [REDACTED]												
	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]												
ODF PROTHÉSES DENTAIRES DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>26633412</td> <td>21433582</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>[REDACTED]</td> <td>[REDACTED]</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> 					H	26633412	21433582	D	00000000	00000000	G	35533411	11433553	B	[REDACTED]	[REDACTED]
H	26633412	21433582														
D	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
B	[REDACTED]	[REDACTED]														
ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/> Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin de <input type="text"/>
DROITE					
GAUCHE					
HAUT					
BAS					
O.D.F. Prothèses dentaires					
Détermination du coefficient masticatoire					
DROITE		H	21433552		
GAUCHE		D	25533412 00000000 00000000 35533411	00000000 00000000 11433553	G
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession					
VOLET ADHERENT		NOM :		Mle	
DECLARATION N°		W18-358001			
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes			
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois					
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle					



W18-358001

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 9418	
Nom & Prénom : MENNI KHALID			
Fonction : CD.B	Phones. 0661060961		
Mail : khalmenni@yahoo.fr			
MEDECIN	Prénom du patient : CIREKROUN Kervine		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age :
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
<i>Deux腹痛 et hypurie</i>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
CS CT			500,00 Dh 100,00 Dh
PHARMACIE		Date : 07/10/19	
Montant de la facture			
30315			
ANALYSES - RADIGRAPHIES		Date :	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Dr. Ali OUDOUHRI
Hépato-Gastro-Enterologue
16, Bd. Bin Attarane Maârif Casablanca Tel: 05 22 05 18 19

PHARMACIE AYMANE
*Quarter Ville Neuve 3ème Rue
Mughré, Rabat 10229 Casablanca
Tél/Fax: 322 39 69 21*

Casablanca, le

le 08/10/19

PHARMACIE AYMANE
AGUEDACH KAMALQuartier Val Fleuri 3 Bis, Rue Henri
Murger, Résidence Talbi III, Casablanca
Tél/Fax: 0522 99 69 21

CLINIQUE JERRADA OASIS
113, Av. Abderrahim Bouabid
Oasis - Casablanca
Tél.: 05 22 23 81 82
Fax: 05 22 23 81 87

AMM N° : 569/17 DMP/21/NRQ

LOT: 18322
PER: 09-2021
PPV: 52,80 DH

5 capsules de 485 mg
Poids Net: 7,275 g
PPC: 163,75 DH

LOT: PERIDYS 1MG/ML
SUSP BUV F200ML
PER.: 9MA099
PER.: 01 2021
P.P.V: 37DH10
6 118000 011255

Dr. Ali OUDGHIRE
Hépato-Gastro-Entérologie
45, 1^{er} étage, Bât. Zarzane
Casablanca - Tel: 05 22 23 81 82

Clinique Jerrada Oasis, Boulevard Abderrahim Bouabid (Ex-Jerrada), Oasis, Casablanca
Tél. : 05 22 23 81 82 - 05 22 23 84 52/53/54 - Fax : +212 5 22 23 81 82
Web : www.cliniquejerrada.ma - Mail : direction@cliniquejerrada.ma

N° CITEKROON Kerina

ZEROCAT
CHARBO PPC: 49,50DH

Zerogas S.V. qf en au menu

163,75 DH IBS

163,75 DH le S.V. le samedi sur le dej
x 30 j une dose

AUCER S.V. pelle le verin

52,80 x 14

Peridys 102 i s x 2 / 1
20 min avant les 2 principaux repasAKDITAL HOLDING
Actionnaire de Santé

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 08-10-2019

Facture N° 18160/19

A. Identification

N° Dossier : 19J0822919

N° Identifiant : 016618/19

Nom & Prénom : Mme CHEKROUN KARIMA

C.I.N : BE655858

Adresse : CASA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 08-10-2019

Date Sortie : 08-10-2019

Médecin traitant : DR . OUDGHIRI ALI

Traitemet :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
INTERVENTION						
1	FRAIS CLINIQUE		100,00			100,00
Total Rubrique : 100,00						
PARTIE CLINIQUE : 100,00						
HONORAIRES MEDICAUX						
1	DR. OUDGHIRI ALI (GASTROLOGUE)		500,00			500,00
Total Rubrique : 500,00						
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES : 500,00						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
TOTAL GENERAL 600,00						

SIX CENTS DIRHAMS

Cachet et Signature