

## 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 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-602358

6 602358 CA

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

13072

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ELAJIB Nabila

Date de naissance :

08/09/1989

Adresse :

Bvd sidi abdelrahman psd Abdes

app 17 étage S, Casablanca

Tél. :

06 66 19 42 98

Total des frais engagés :

1000

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Dr. AGOUMI Saleua

Neurologue

249, Résidence El Mansour "4"

Appt 4<sup>e</sup> Etage Bd Yacoub

El Mansour - Casablanca

Tél: 0522 39 84 38

Autorisation UNDP N° : A-A-215/2019

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

BENSAMI EL AJIB NABILA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Céphalées intenses rebelles au traitement

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 : 07/01/2014

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-602358

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 13072

ELAJIB

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

#### **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
07/01/2021	C <sub>S</sub>		300DH	INP : 091119191446 Dr. ABOUJUMI Saloua Neurologue 149, Résidence El Mansour "4" Appt 4, 2e Etage, Bd Yacoub El Mansour - Casablanca Tel: 0522 30 84 38

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Service de Radiologie TAI - CASA CANCA 05 25 99.37 48</i>	07/01/26	T.D.N. cerémale.	1500,00 dh

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### **VOLET ADHERENT**

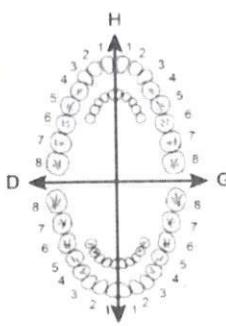
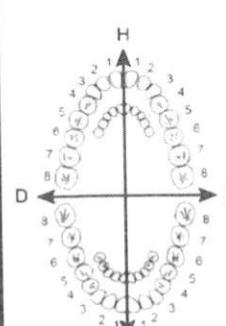
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

#### **RELEVÉ 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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession			<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

# CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 07-01-2021

**Facture N° 00317/21****A. Identification**

N° Dossier : CJO21A07170835

N° Identifiant : 038680/21

**Nom & Prénom : Mme BENSAMI EL AJIB NABILA**

C.I.N : PO801955

Adresse : CASA

**C. Débiteur**

page 1/1

**Organisme : Payant****D. Période d'Hospitalisation**

Date Entrée : 07-01-2021

Date Sortie : 07-01-2021

Médecin traitant : DR . AGOUMI SALOUA

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>RADIOLOGIE</b>						
1	SCANNER CEREBRAL		1 500,00			1 500,00
<b>Total Rubrique :</b>						
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						
Arrêté la présente facture à la somme de :				<b>TOTAL GENERAL</b>	1 500,00	

MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

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

Cachet et Signature

*Clinique JERRADA OASIS  
Service de Radiologie  
Tél. 05 22 89 37 48  
CASABLANCA*

# **CLINIQUE JERRADA OASIS**

**PAIEMENT EFFECTUE PAR :** elajib nabila

**NOM DU PATIENT :** Mme BENSAMI EL AJIB NABILA

**DATE DE NAISSANCE :** 08/02/1989  
**CJO21A07170835**



Reçu N°: 66993

**Paiement du 07/01/2021**

**Actes**

<b>Montant</b>	<b>1 500,00 Dh</b>
----------------	--------------------

<b>Type de paiement</b>	<b>Chèque</b>
-------------------------	---------------

<b>Numéro du chèque :</b>	<b>5625076</b>
---------------------------	----------------

<b>Montant du chèque :</b>	<b>1 500,00 Dh</b>
----------------------------	--------------------

<b>Banque :</b>	<b>SGMB</b>
-----------------	-------------