

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W21-614788

60992

Maladie     Dentaire     Optique     Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)    Matricole : 12.09    Société : VEUVE

Actif     Pensionné(e)     Autre : DER KHAOUI MALIKA

Nom & Prénom : 07/07/65    Date de naissance : 07/07/65

Adresse : LOT Smara. Rue 13. n° 35. ouffa Casa

Tél. : 06 71 26 10 04    Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté :  Lui-même     Conjoint

Nature de la maladie :  Consulte     Prise de sang

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 : 05/02/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Signature :

## **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
28/02/2012 2012	C.P.A.	2	50,00 D.D.H.	INP : DR BENDADJI Anesthésiste Dr Jérada l'as... S.J.F.

## **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 Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 : [ ]																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]																
				MONTANTS DES SOINS [ ]																
				DEBUT D'EXECUTION [ ]																
				FIN D'EXECUTION [ ]																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">D</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">I</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">B</td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		35533411		I		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
D																				
00000000																				
35533411																				
I																				
B																				
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b>            Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			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 Mostafa DETSOULI**

Professeur d'oto-rhino-laryngologie

Ex Enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca

Formation spécialisée Approfondie en O.R.L.

Diplômé de Cancérologie O.R.L.



الدكتور مصطفى دتسولي

أمراض الأذن، الأنف، الحنجرة وجراحة الوجه

أستاذ جامعي بكلية الطب سابقا

شهادة تشخيص وعلاج سرطان الحلق الأذن والحنجرة

Casablanca, le ..... 08/02/2021 ..... الدار البيضاء، في

## **Consultation Pré-Anesthésie**

Mme DERKAOUI Malika

PATIENTE PREVUE POUR PAROTIDECTOMIE DROITE AVEC  
DISECTION DU NERF FACIAL

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

Professeur Mostafa DETSOULI  
Otorhinolaryngologie  
120, Bd. Moulay Idriss 1<sup>er</sup>  
Casablanca - Tél: 0522 86 31 31

حافظ على سلامتك وسلامة عائلتك باحترام قواعد التباعد الاجتماعي و وضع الكمامات

# CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 10-02-2021

## Facture N° 02381/21

### A. Identification

N° Dossier : CJO21B10145258

N° Identifiant : 040189/21

**Nom & Prénom : Mme DERKAOUI MALIKA**

C.I.N : F294049

Adresse : CASABLANCA

Médecin traitant : DR . ANESTHESISTE REANIMATEUR

### C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

### D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 10-02-2021

Date Sortie : 10-02-2021

Traitement :

-	Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>PRESTATIONS</b>							
	1	CPA		250,00			250,00
Total Rubrique :							
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>							
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>							
Arrêté la présente facture à la somme de :							
<b>TOTAL GENERAL</b>							
250,00							

DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS

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

Cachet et Signature

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