

## 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.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-531325

87562

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 0008392	Société : Eu RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : ELMIDAGHRI Najat			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0664009732	Total des frais engagés : 164,69	Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	Elmidaghri Najat
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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) :

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W19-531325
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 : 0008392	Dr MOUSSIN Abdellah
Nom de l'adhérent(e) : ELMIDAGHRI	Anesthésiste Réanimateur
Total des frais engagés : 164,69	
Date de dépôt :	

#### **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
04-09-21	VENTE	16911/21	164.63 DH	INP : 090061078 SOUABID 022230133 022230133

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 YOUSSEF ELIRAKI 02-32-03-45	24/09/21	158,00

## **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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

### **VOLET ADHERENT**

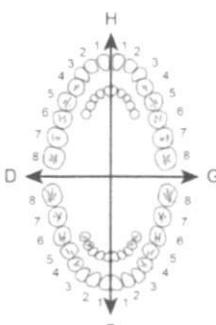
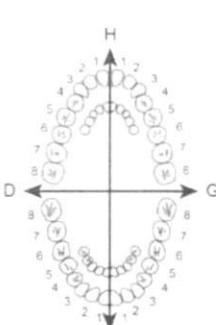
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

#### **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 l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$  \begin{array}{r}  H \\  \begin{array}{r l}  25533412 & 21433552 \\  00000000 & 00000000 \\  \hline  00000000 & 00000000 \\  35533411 & 11433553  \end{array} \\  B  \end{array}  $			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**AKDITAL**

Clinique Jerrada Oasis  
مصحة جرادة الوازيس

Casablanca, le

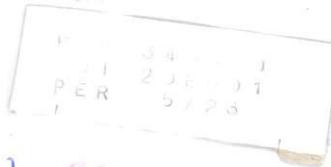
24/29/21

Madame ELNDAOURI AYAT

- 1- Inj 40g G  
123,60 1cp )

SYNTHEMEDIC  
nour ou soupe brûl au sucre roches  
INEXUM  
40 mg  
Bouteille 14 Cpr OR  
64150MP/21NRQ P.P.V.123,60 DH  
8 118001 020607

- 2- Ati 1cp ) → 34,40  
34,40 1cp )



- 3- No - Sp - 1cp )  
1cp )

CLINIQUE JERRADA-OASIS  
113, Av. Abderrahim Bouabid  
CASABLANCA  
Tél : 0522 23 81 81 - Fax : 0522 23 01 02  
E-mail : direction@cliniquejerrada.ma

158,00

صيدلية الجرادة  
Pharmacie EL IRAKI  
Dr. Youcef EL IRAKI  
Dr. DAKHLA BENRECHID  
Rue : 0522.32.83.45

Dr. MOUHSSIN Abdellah  
Anesthésiste Réanimateur

# CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 04-09-2021

## Facture N° 16911/21

### A. Identification

N° Dossier : CJO21I04114504

N° Identifiant : 050402/21

**Nom & Prénom : Mme EL MDAGHRI NAJAT**

C.I.N : C139337

Adresse : 1 LOT IRAQUIA RUE BAIROUT BERRECHID

Médecin traitant : DR . MOUHSSIN ABDELLAH

### C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

### D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 04-09-2021

Date Sortie : 04-09-2021

Traitements :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>PRESTATIONS</b>						
1	CONSULTATION		400,00			400,00
Total Rubrique :						
<b>PHARMACIE INTERNE</b>						
1	PHARMACIE		64,69			64,69
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>
						<b>464,69</b>

QUATRE CENT SOIXANTE-QUATRE DIRHAMS SOIXANTE-NEUF CENTIMES

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

signature de l'assuré

CLINIQUE JERRADA OASIS  
Rue IRAQUIA - Casablanca  
Tél : 05 22 23 81 81 - Fax : 05 22 23 81 82  
E-mail : direction@cliniquejerrada.com - IF : 40280390 - ICE : 001628705000012- RIB : 230780404038722100950065

# CLINIQUE JERRADA OASIS

Séjour : Du 04/09/2021 au 04/09/2021

Patient : Mme EL MDAGHRI NAJAT

N° Dossier : CJO2104114504

Organisme : PAYANT

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
BANDELETTE GLYCEMIE	4,00 Dh	1	4,00 Dh
ESOPRA 40MG (ESOMEPRAZOLE)	27,40 Dh	1	27,40 Dh
INTRANULE G20 ROSE (001)	3,00 Dh	1	3,00 Dh
LANCETTES GLYCEMIE BAYER (200)	0,75 Dh	1	0,75 Dh
PERFUSEURS A/ROBINET (001)	11,00 Dh	1	11,00 Dh
SERUM SALE 0.9 % 500 POCHE INJECTA (01)	12,80 Dh	1	12,80 Dh
TEGADERM 6CM*7CM INTRAVEINEUSE (REF 1623W)	5,74 Dh	1	5,74 Dh
			64,69 Dh

CLINIQUE JERRADA OASIS  
113, Av. Aït M'hamed  
BP 22 81 82  
Tél: 0522 21 11 11  
E-mail: cliniquejerrada.oasis@gmail.com