

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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-E54590
89287

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent (e)	
Matricule : 0933	Société :
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : ELOUARDI Mohamed	
Date de naissance : 07-1943	
Adresse : 14 Rue Ballouch El Hassan Casablanca	
Tél. : 06 07 60 15 07	Total des frais engagés :

Autorisation UNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 22-09-21	
Nom et prénom du malade : MAALHA MINA	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	
Age: 58	
Nature de la maladie : COVID-19	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Anesthésie	
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 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA

Le : 03/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :

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
22/01		0,5	100,00	INP : DRAGHINI Rémi Docteur WALTER Rémi Chirurgie dentaire
09/01				
23/01				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE Abderrahmane SIDI - Ouled Aïcha 22/01/2021	22/01/2021	- 414,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

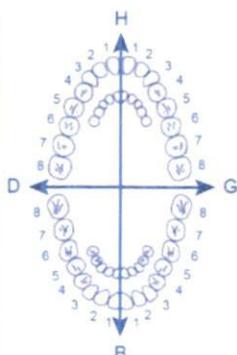
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC



AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis
Clinique Jerrada Oasis

Casablanca, le 22/09/2021

PHARMACIE JERRADA

61, Bd Abderrahim Bouabid

Oasis - CASABLANCA

Tel.: 23.54.49 / 09.45.18

Mme Maala Mina



279.70

1/ Atoxic 500 mg amel/ku
pms 16x8 g pd 61¹

9270

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090285

215.30

3/ Nitc 15px215 pd la 1^{er}
Semaine suiv 15x7 pd la 2^{er}

233.0



4/ Zinatini 15g pd la 1^{er}
Semaine suiv 15g pd la 2^{er}

123.60

5/ Insulin 40 15U

PHARMACIE JERRADA
61, Bd Abderrahim Bouabid
Oasis - CASABLANCA
Tel.: 23.54.49 / 09.45.18

49.60

6/ D am Gliko long

PHARMACIE JERRADA
61, Bd Abderrahim Bouabid
Oasis - CASABLANCA
Tel.: 23.54.49 / 09.45.18

414.20

Clinique Jerrada Oasis, Boulevard Abderrahim Bouabid (Ex-Jerrada) Oasis, Casablanca

Tél. : 05 22 23 81 81 - 05 22 23 84 52/53/54 - Fax : +212 522 23 81 82

Site web : www.cliniquejerrada.ma - E-mail : direction@cliniquejerrada.ma

Vita C1000®**Vita C1000®****ZINASKIN® 30** Comprimés effervescents

PPV 79,30
PER 08/24
LOT K2174

PPV 15DH30
EXP 06/2024
LOT 16080 14

PPV 15DH30
EXP 07/2024
LOT 16080 62

PPV 23DH30
EXP 07/2024
LOT 18053 13

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubir bnoz el aquam roches
noirs casablanca
INEXIUM

Cp GR

40 mg
Boite 14
641150MP21NRQ P.P.V: 123,60 DH
6 118001 020607

PPV: 49,60 DH
LOT: 21F07
EXP: 06/2024

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 22-09-2021

Facture N° 18624/21		C. Débiteur	page 1/1			
A. Identification N° Dossier : CJO21I22114501 N° Identifiant : 051287/21 Nom & Prénom : Mme MAALA MINA C.I.N : F183904 Adresse : 14 RUE BELLOUCHE LAHCEN OASIS		Organisme : Payant ICE : Adresse : D. Période d'Hospitalisation Date Entrée : 22-09-2021 Date Sortie : 22-09-2021				
Médecin traitant : DR . WAHID NAOUAL		Traitement :				
Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PARTIE CLINIQUE :						0,00
HONORAIRES MEDICAUX						
1	DR. WAHID NAOUAL (ANESTHESISTE REANIMATEUR)		400,00			400,00
Total Rubrique :						400,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						400,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL
						400,00

QUATRE CENTS DIRHAMS

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

signature de l'assuré

Akademie für
digitale
Medien
Osnabrück