

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **rmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **iologie 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.

## **ique :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **ducation :**

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.

## **taire :**

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.

## **adie 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

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.

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02470 Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHLIA

Anima

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0649091568

Total des frais engagés : 250,00 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  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 : CASA

Le : 01/12/2021

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
26/01/2021		CS	250,00	 Dr. Amina BENOMAR Professeur HOSPITAL Anesthésiste ...nimation Médecine d'Urgence et de la Crise Clinique Internationale Oasis بصرة - عراق

## **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 MÉDICAUX

## **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

SOINS DENTAIRE	DENTS TRAITÉES	NATURE DES SOINS	COEFFICIENT	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**

Diagram H shows a circular arrangement of numbered circles (1-8) connected by arrows forming a loop. The numbers are arranged as follows:

- Row 1: 1, 2
- Row 2: 3, 4
- Row 3: 5, 6
- Row 4: 7, 8
- Row 5: 8, 7
- Row 6: 6, 5
- Row 7: 4, 3
- Row 8: 2, 1

The connections between adjacent circles are indicated by arrows:

- 1 → 2 → 3 → 4 → 5 → 6 → 7 → 8 → 1
- 2 → 1 → 8 → 7 → 6 → 5 → 4 → 3 → 2
- 3 → 4 → 5 → 6 → 7 → 8 → 1 → 2 → 3
- 4 → 3 → 2 → 1 → 8 → 7 → 6 → 5 → 4
- 5 → 6 → 7 → 8 → 1 → 2 → 3 → 4 → 5
- 6 → 5 → 4 → 3 → 2 → 1 → 8 → 7 → 6
- 7 → 8 → 1 → 2 → 3 → 4 → 5 → 6 → 7
- 8 → 7 → 6 → 5 → 4 → 3 → 2 → 1 → 8

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

# CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 26-11-2021

Facture N° 22957/21

**A. Identification**

N° Dossier : CJO21K26143316

N° Identifiant : 054063/21

**Nom & Prénom : M. KASSED ABDELOUAHED**

C.I.N : B360906

Adresse : 150 RUE ABOU ZIAD DADOUSSI MAARIF

Médecin traitant : DR . RZAL KHALID

**C. Débiteur**

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

**D. Période d'Hospitalisation**

Date Entrée : 26-11-2021

Date Sortie : 26-11-2021

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> 250,00						
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b> 0,00						
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 :

signature de l'assuré

Clinique Jerrada Oasis  
مصحة جراددة الوازيس

# **CLINIQUE JERRADA OASIS**

**NOM DU PATIENT : M. KASSED  
ABDELOUAHED**  
**DATE DE NAISSANCE :**  
22/05/1952  
**CJO21K26143316**



Reçu N°: 97323

Paiement du 27/11/2021 10h27

<b>Actes</b>	
<b>Montant</b>	<b>250,00 Dh</b>
<b>Type de paiement</b>	<b>Espèce</b>

Imprimé par : **EL KASRI SAMIR** Le  
27/11/2021 10h27