

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

## 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 spécialisés, 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 3 mois.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-675201

100944

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5855 Société : .....

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : CHOUKATI M. 177 edh

Date de naissance : 16.07.53

Adresse : .....

Tél : 06 61 60 7 66 Total des frais engagés : 565 + 224 = 789

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/01/2022 /

Nom et prénom du malade : CHOUKATI Selma 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. J'ai 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° W21-675201

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 5855

Nom de l'adhérent(e) : CHOUKATI

Total des frais engagés : 789

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

## 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.



# 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
02/01/22	1 acte	00023122	525,76 DH	INP : 0800061228 AKDITAL Clinique dentaire Clinique dentaire

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture



224,10

# ANALYSES RADIOGRAPHIQUES

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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

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.

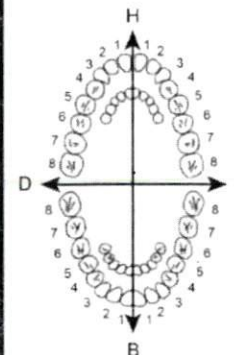
Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

# 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

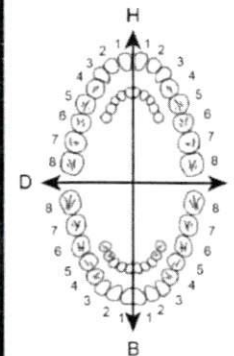
H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis

مصحة جرادة الوانيس

Casablanca, le 02/01/2022

LOT: 21082  
PER: 06/2023  
PPU: 102,00 DH

AMM N°: 57072 DMP/21/NRO

CHONKAILI Selma.



DR. NACHIRI  
source  
S.V.

2750

- asfon. 80 mg.  
1cp x 3/j

- Extra-mag 300 mg.  
1cp 1/j

9500

- Amlor. 40 mg.  
1gel 1/j

10200

22450

113, Bd. Abderrahim Bouabid, Oasis, Casablanca  
Tél.: 05 22 23 81 81 | 05 22 23 84 52/5  
E-mail: direction@cliniquejerrada.ma  
Site web: www.cliniquejerrada.ma

Date de fabrication :  
A consommer de  
préférence avant fin :  
N° de lot :

PPC = 95,00 DHS

V002 - 01/21  
ETEXMAC030CP

002/00000001  
1120000000



3 760162 579741



# CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 02-01-2022

Facture N° 00023/22

## A. Identification

N° Dossier : CJO22A02053834

N° Identifiant : 055735/21

Nom & Prénom : Mme CHOUKAILI SALMA

C.I.N :

Adresse : CASA

## C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE :

Adresse :

## D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 02-01-2022

Date Sortie : 02-01-2022

Médecin traitant : DR . ANESTHESISTE REANIMATEUR

Traitement : CONSULTATION

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>PRESTATIONS</b>						
1	CONSULTATION		400,00			400,00
1	SALLE D URGENCE		100,00			100,00
Total Rubrique :						<b>500,00</b>
<b>PHARMACIE INTERNE</b>						
1	PHARMACIE		56,76			56,76
Total Rubrique :						<b>56,76</b>
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						<b>556,76</b>
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						<b>0,00</b>
Arrêté la présente facture à la somme de :						<b>TOTAL GENERAL 556,76</b>

CINQ CENT CINQUANTE-SIX DIRHAMS SOIXANTE-SEIZE CENTIMES

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

signature de l'assuré



AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis  
مصحة جادة الوازيس



# CLINIQUE JERRADA OASIS

**PAIEMENT EFFECTUE PAR :**  
choukaili mohamed azzeddine  
**NOM DU PATIENT :** Mme  
CHOUKAILI SALMA  
**DATE DE NAISSANCE :**  
20/03/1999  
**CJO22A02053834**



Reçu N°: 100650

**Paiement du 02/01/2022**

<b>Actes</b>	
<b>Montant</b>	<b>556,76 Dh</b>
<b>Type de paiement</b>	<b>Chèque</b>
<b>Numéro du chèque :</b>	<b>6542858</b>
<b>Montant du chèque :</b>	<b>556,76 Dh</b>
<b>Banque :</b>	<b>BMCI</b>