

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 0005606

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2801 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SADEK ABDELKADER

Date de naissance : 1/11/1947

Adresse : SALMIYA 2 NA 168 Rue 28

Tél. : 0661933520 Total des frais engagés : Dhs

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
26/12	GA		250, ✓	

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 Coefficients	Montant des Honoraires
07/06/22			200,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

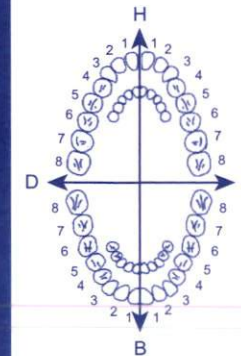
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

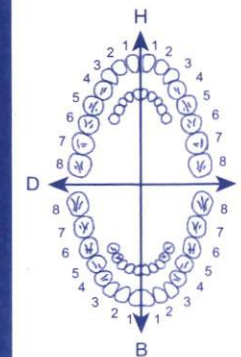
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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



AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis
مصحة جرادة الوازيس

Casablanca, le

07/06/21

N° Saddek Abdelkader

E. C. B. V.

LABOATOIRE CHERRAQI
Sanaa CHERRAQI
Medecin Biologiste
114 AV Reda Guedira-Casablanca
Tél : 05 22 37 40 40

Dr. MAKAYESSI Makia
Anesthésie - Réanimation

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 07-06-2022

Facture N° 10412/22

A. Identification

N° Dossier : CJO22F07101852

N° Identifiant : 050497/21

Nom & Prénom : M. SADEK ABDELKADER

C.I.N : B63064

Adresse : SALMIA 2 RUE 28 IMM 68 APT 1 CASA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE :

Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 07-06-2022

Date Sortie : 07-06-2022

Médecin traitant : DR . MAKAYSSI RAKIA

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PARTIE CLINIQUE :						0,00
HONORAIRES MEDICAUX						
1	DR. MAKAYSSI RAKIA (ANESTHESIE-REANIMATION)		250,00			250,00
Total Rubrique :						250,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						250,00
TOTAL GENERAL						250,00

Arrêté la présente facture à la somme de :

DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS

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

signature de l'assuré

AKDITAL
Clinique Jerrada Oasis
مصلحة جريدة الواريس

Prélèvement du : 07/06/2022 à 13:29

Résultats édités le: 08/06/2022



MR SADEK ABDELKADER

Dossier N° 22E280

Prescripteur: Docteur MAKAYSSI RAKIA

Page: 1/1

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

Recueil:

Sonde

CARACTERES PHYSICO-CHIMIQUES-LABSTIX-

Aspect.....	Trouble		
Couleur.....	Jaune		
pH.....	8	(*)	N : 4,50 à 7,80
Glucose.....	Négatif		
Protéines.....	Négatif		
Corps cétoniques.....	Négatif		
Billirubine.....	Négatif		
Nitrites.....	Négatif		
Leucocytes.....	Traces		
Sang.....	POSITIF +++		

CYTOLOGIE

Leucocytes.....	10	/mm ³	Inf à 10 /mm ³
Hématies.....	1160	/mm ³	(*) Inf à 10 /mm ³
Cellules épithéliales.....	Quelques		
Cylindres.....	Absence		
Cristaux.....	Absence		
Levures.....	Absence		
Trichomonas.....	Absence		
Oeufs de parasites.....	Absence		

RECHERCHE DE GERMES

Numération des germes.....	<100.000UFC/mL
CULTURE sur milieux spécifiques.	Stérile après 24 h d'incubation à 37°C

Demande validée biologiquement par: Dr Sanaa Cherraqi

Total de pages: 1

Prélèvement à domicile sur rendez-vous

RDC 112-114 Boulevard Reda Guedira

ex Nil. Ben M'sik - Casablanca

@laboratoirecherraqi@gmail.com

LABORATOIRE CHERRAQI
Dr Sanaa CHERRAQI
Médecin Biologiste
114-112 شارع
بن مسيك الدار البيضاء
05 22 37 40 40

FACTURE N° 0875/22

Editée le 08/06/2022
Nom et prénom MR SADEK ABDELKADER
Date de prélèvement 07/06/2022
Référence 22E280
Médecin prescripteur Docteur MAKAYSSI RAKIA

Acte de biologie demandé	Cotation (B)
ECBU.EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES	150
Total du (B)	B 150
Prise de sang (PC)	0,00 DH
Montant en DH	200,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de: DEUX CENT DIRHAMS

LABORATOIRE CHERRAQI
Dr. Sanaa CHERRAQI
Médecin Biologiste
112-114 AV. Reda Guedira-Casablanca
Tél: 05 22 37 40 40

RC: 489205 - ICE: 002738224000091 - IF: 48572310 - INPE: 093063832 - Patente: 37600554

Prélèvement à domicile sur rendez-vous

RDC 112-114 Avenue Reda Guedira, ex Nil. Ben M'sik - Casablanca
114-112 شارع الرضى كديرة، (النيل سابقا) بن مسيك الدار البيضاء
Tél.: 05 22 37 40 40 - Gsm : 06 42 08 58 26 - 06 66 91 98 19 - Email : laboratoirecherraqi@gmail.com

CLINIQUE JERRADA OASIS

**NOM DU PATIENT : M. SADEK
ABDELKADER
DATE DE NAISSANCE :
01/01/1947
CJO22F07101852**



Reçu N°: 114250

Paiement du 07/06/2022 10h23

Actes

Montant

250,00 Dh

Type de paiement

Espèce

**Imprimé par : AMZIL NABILA Le 07/06/2022
10h23**