

# 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 :

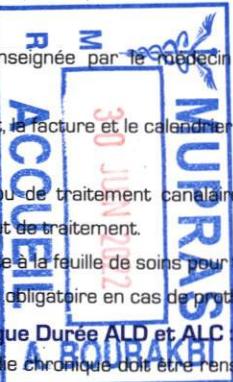
- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## 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

- Reclamation : 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.

121022

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2801

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SADEK ABDEL KADER

Date de naissance :

1/1/1947

Adresse :

SALMIYA 2 N1 1969 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 :

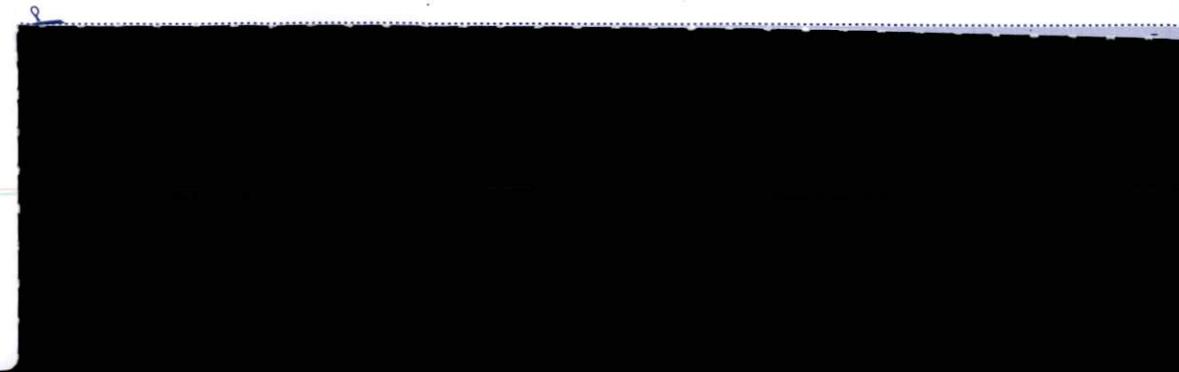
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) : .....



## 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
26/02/2014	GA		250	Chirurgie dentaire réalisée par Dr AKDTRAL

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
DR M. A. B. T. 111 AV Rédia Guedira Casablanca T.C.I. - 05 22 37 40 40	07.10.6/22		200,00 DH

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 de l'ODF.



AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis  
مصحة جرادة الوازيس

Casablanca, le .....

10/06/21

N°. Sadek Abdellah

E.CBV

Hôpital CHERRAQI  
Sanaa CHERRAQI  
Médecin Biologiste  
1114 AV Reda Guedira-Casablanca  
Tél : 05 22 37 40 40

Dr. MAKAYSSI Nakkia  
Anesthésie Réanimation

113, Bd. Abderrahim Bouabid, Oasis, Casablanca  
Tél. : 05 22 23 81 81 | 05 22 23 84 52/53/54 - Fax : 05 22 23 81 82  
E-mail : [dirección@cliniquejerrada.ma](mailto:direccion@cliniquejerrada.ma)  
Site web : [www.cliniquejerrada.ma](http://www.cliniquejerrada.ma)

# CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 07-06-2022

## Facture N° 10412/22

### A. Identification

N° Dossier : CJ022F07101852 N° Identifiant : 050497/21

**Nom & Prénom : M. SADEK ABDELKADER**

C.I.N : B63064

Adresse : SALMIA 2 RUE 28 IMM 68 APT 1 CASA

Médecin traitant : DR . MAKAYSSI RAKIA

### C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

### D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 07-06-2022

Date Sortie : 07-06-2022

Traitements :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>						
1	DR. MAKAYSSI RAKIA (ANESTHESIE-REANIMATION)		250,00			250,00
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
						<b>TOTAL GENERAL</b>
						<b>250,00</b>

DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS

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

signature de l'assuré

AKDITAL  
Clinique Jerrada oasis  
نحوة جردة الوازنس

Dr. Sanaa CHERRAQI  
Médecin Biologiste

Prélèvement du : 07/06/2022 à 13:29

Résultats édités le: 08/06/2022



Prescripteur: Docteur MAKAYSSI RAKIA

**MR SADEK ABDELKADER**

Dossier N° 22E280

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 +++	

#### **CYTROLOGIE**

Leucocytes.....	10	/mm <sup>3</sup>	Inf à 10 /mm <sup>3</sup>
Hématies.....	1160	/mm <sup>3</sup>	(*) Inf à 10 /mm <sup>3</sup>
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

Dr. Sanaa CHERRAQI  
Médecin Biologiste

**FACTURE N° 0875/22**

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

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

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

ABORATOIRE 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

شارع الرضى ١١٤، (النيل سابق) بن مسيك الدار البيضاء 114-112

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**