

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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 - Sér. 12 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

126025

Déclaration de Maladie : N° S19-0053301

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8982 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : RHOUBI ABD Date de naissance : 21/03/69

Adresse : 405 Port Route D'or JADDOU

Tél. : 0661410319 Total des frais engagés : 2000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/08/2022
 Nom et prénom du malade : fathia Houssaini Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : *maladie de la poitrine*
 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 : 16/01/22

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
04-07-22	verso Facture			Chirurgie Dentaire Clinique DAKARADA O.S.I.S. Service de Radiologie Casablanca Tél: 05 22 59 37 48 N° 126.14.122
04-07-22	verso Facture 12614122			
EXECUTION DES ORDONNANCES				
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture		

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

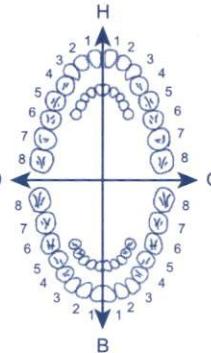
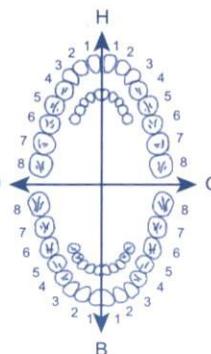
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	Montants des soins
	00000000	00000000		Date du devis
	35533411	11433553		Date de l'exécution
[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 الوازيس

Casablanca, le.....

24/07/2011

Jassim Hawsy

Clinique JERRADA OASIS
Service de Radiologie
Casablanca
Tél : 05 22 99 37 48

Dx Dr G

F + BY

Clinique Jerrada Oasis

AKDITAL

Dr Karim EZALI
Chirurgie Traumatologique et Orthopédique
Bd Hassan II
Rond Point des Nations Unies
Casablanca - Maroc
Téléphone : 05 22 99 37 48
Fax : 05 22 99 37 49
Appts : 05 22 99 37 48

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 : direction@cliniquejerrada.ma

Site web : www.cliniquejerrada.ma

CAFÉ HÔTEL

M. 8982

M. PHOUEBI Adit

CIN BE 781655

M. L. LAUWADDE de

H. esewu

Accesaria



of two par to his wife, who

to MUFRAS

M. L. LAUWADDE de

CDB

M. PHOUEBI Adit

CAFÉ HÔTEL

a such our child our few di um

mu par our mu f. b. youri PHOUEBI.

of two par to his wife, who

to MUFRAS

M. L. LAUWADDE de

M. L. LAUWADDE de



Clinique Jerrada Oasis
منطقة جرادا الوازيس

04/07/2022

PATIENT : **GHOURBI YASSIR**

PRESCRIPTEUR: DR. **EZAIDI KARIM**

RX. PIED FACE ET 3/4

RESULTATS :

Minéralisation osseuse normale.

Luxation latérale de la phalange distale du 2^{ème} orteil.

Merci de votre confiance.

Clinique JERRADA OASIS

Service de Radiologie

Casablanca

Tél : 05 22 99 37 48



CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 04-07-2022

Facture N° 12614/22

A. Identification

N° Dossier : CJO22G04220606

N° Identifiant : 063809/22

Nom & Prénom : M. GHOURBI YASSIR

C.I.N : BE915962

Adresse : 405 ROUTE EL JADIDA ESC A ETAG 1 RESI GHALIA OASIS

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 04-07-2022

Date Sortie : 04-07-2022

Traitements : Urgence

Médecin traitant : DR . EZAIDI KARIM

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
RADIOLOGIE						
1	PIEDS FACE ET 3/4		600,00			600,00
Total Rubrique :						
						600,00
PRESTATIONS						
1	PLATRE		750,00			750,00
Total Rubrique :						
						750,00
PHARMACIE INTERNE						
1	PHARMACIE		50,00			50,00
Total Rubrique :						
						50,00
PARTIE CLINIQUE :						
						1 400,00
HONORAIRES MEDICAUX						
1	DR ZAYDI		600,00			600,00
Total Rubrique :						
						600,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
DEUX MILLE DIRHAMS						
Arrêté la présente facture à la somme de la part organismé de :						
TOTAL GENERAL						
2 000,00						

signature de l'assuré

Clinique JERRADA OASIS
Service de Radiologie
Casablanca
Tél : 05 22 99 37 48

AKDITAL
Clinique Jerrada Oasis
05 22 99 37 48