

# 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 - Bâtiment 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



## 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 : KHOURBI Amel Date de naissance : 21/03/69  
Adresse : 405 P.B. Route d'El Jannat  
Tél. : 06614.10319 Total des frais engagés : 2000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/07/2022  
Nom et prénom du malade : Fessou Hourbi 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 : 16/07/22  
Signature de l'adhérent(e) :

# 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

04-07-22    uss Facture    N° 126.14/22    [Cachet et signature]

## 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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

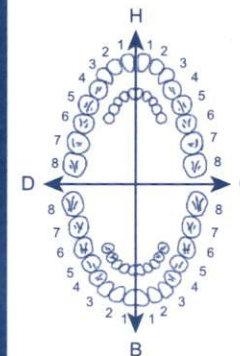
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

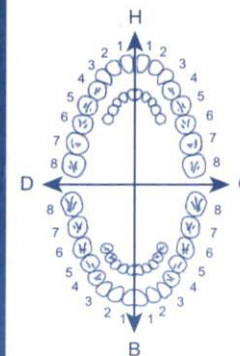
Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

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

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...

24/07/2021

Jassir Hamdi

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

Dx pied G

F + S

Clinique Jerrada Oasis  
مصحة جرادة الوازيس

AKDITAL

GA 11.16.10.22

MR PHOUBI Adit

MR 8982

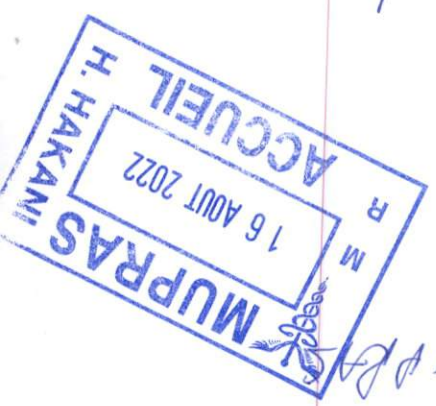
CD 8

CIN BE 321655

Je le salue

Messieurs

MR le Président de  
la MURRAS



Je vous salue la présente, vous

rapport que mon fils Yanni PHOUBI  
a subi une chute au feu de son

olomiale ce qui a engendré une  
lourde épreuve de la phobie  
olomiale. Au lieu d'être, tu date du

la qualité de ce votre disposition pour

Je te salue

Nous avons l'honneur, l'espérance

de nos sentiments distingués

Signature



AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis  
مضخة جرادة 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<sup>ème</sup> 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

Médecin traitant : DR. EZAIDI KARIM

Traitement : Urgence

| Qté  | Prestations       | Observation | Prix U. | L.C. | Coef | Total    |
|--|-------------------|-------------|---------|------|------|----------|
| <b>RADIOLOGIE</b>                            |                   |             |         |      |      |          |
| 1  | PIEDS FACE ET 3/4 |             | 600,00  |      |      | 600,00   |
| Total Rubrique :                             |                   |             |         |      |      | 600,00   |
| <b>PRESTATIONS</b>                           |                   |             |         |      |      |          |
| 1  | PLATRE            |             | 750,00  |      |      | 750,00   |
| Total Rubrique :                             |                   |             |         |      |      | 750,00   |
| <b>PHARMACIE INTERNE</b>                     |                   |             |         |      |      |          |
| 1  | PHARMACIE         |             | 50,00   |      |      | 50,00    |
| Total Rubrique :                             |                   |             |         |      |      | 50,00    |
| <b>PARTIE CLINIQUE :</b>                     |                   |             |         |      |      | 1 400,00 |
| <b>HONORAIRES MEDICAUX</b>                   |                   |             |         |      |      |          |
| 1  | DR ZAYDI          |             | 600,00  |      |      | 600,00   |
| Total Rubrique :                             |                   |             |         |      |      | 600,00   |
| <b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b> |                   |             |         |      |      | 600,00   |
| <b>TOTAL GENERAL</b>                         |                   |             |         |      |      | 2 000,00 |

Arrêté la présente facture à la somme de :

DEUX MILLE DIRHAMS

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

signature de l'assuré

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

Clinique Jerrada Oasis  
AKDITAL