

# 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.

M22- 0013831

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 209

Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Bourragza Saadia

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 68 97 93 05

Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/08/2022

Nom et prénom du malade : Bourragza Saadia

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : Douleur épigastrique

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

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) :

OCOPANIC CLINIC  
Anesthésie - Réanimateur Age :  
Dr. BERRADA Jaafar  Enfant  
Dr. FARIK Jamal Aziz

## **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 bon déroulement des actes
20.08.2022 CS.			800,00	CLINIQUE YASMINE Bd. Sidi Abderrahmane Tél : 05 22 36 69 62 - 05 22 39 71 090004029 OCEANIC CLINIC Béanimateur

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie Naima	20/07/2022	165,10

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

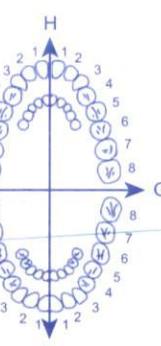
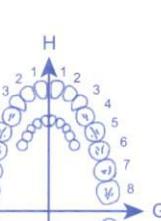
#### AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	H	G	
	25533412   21433552 00000000   00000000 D 00000000   00000000 35533411   11433553 B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة الياسمين

Clinique Yasmine



090004029

Casablanca Le : 20/08/2022

**Facture N° 5570/22**

Etablie par HAJAR RECEPTION Page 1/1

**Identification**

N° Dossier : X2H204280

N° Identifiant : 22083993/22

**Nom & Prénom : BOUROUZA SAADIA**

C.I.NB402500

Date Début :

20/08/2022

Date 20/08/2022

Adresse : RUE 151 NR 33 GR K OULFA

Traitemet : Perfusion

**Prestations**

Médecin : BERRADA JAAFAR

Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
-----	---------	------	------	---------

**SEJOUR**

Frais clinique

1 400,00

400,00

Total Rubrique :

400,00

**PARTIE CLINIQUE :**

**400,00**

**HONORAIRES MEDICAUX**

Dr. BERRADA JAAFAR(ANESTHESISTE REANIMATEUR)

1 400,00

400,00

Total Rubrique :

400,00

**PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:**

**400,00**

Encaissement :

**TOTAL FACTURE**

**800,00**

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

*Huit cents Dirhams*

Cachet et signature

*CLINIQUE YASMINE*  
Bd. Sidi Abderrahmane  
Tel : 05 22 39 69 60 - Fax : 05 22 39 71 19  
090004029



le 20/08/12

Mr Bourouz Saada

9,60

1/ Cloprane (suppo adulte)

(S.V)

2 supps avant les repas

122,80

2/ ESAC 40 mg

1 gélule / j<sup>e</sup> x 7 jours

(S.V)

33,00

3/ Muffon 80 mg (orodisp)

2 g x 3/j

165,40



شارع سيدى عبد الرحمن، بوك ٢١١، سطح ٣٤، حي الهنا، الدار البيضاء، المغرب  
Boulevard Sidi Abderrahmane, Angle rue de Sijilmassa, Hay El Hana, Casablanca - Maroc  
(+212) 5 22 39 69 60 (+212) 5 22 39 71 19 @ contact@cliniqueyasmine.com

OCEANIC CLINIC  
Anesthésiste - Réanimateur  
Dr. BERRADA Jaafar  
Dr. FARIK Jamat Aziz

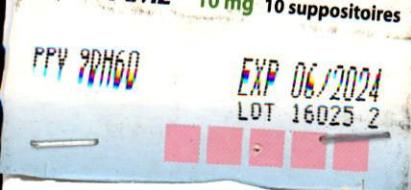


090004029

Membre du  
réseau de cliniques



Oncorad  
Groupe



الأمعاء.  
اوية والثانية البولية والرحم

LOT: M0765  
PER: 04/2025  
PPU: 33,00DH

مل

LOT: 42000  
PER: 02/24  
PPU: 122DH80

الدواء  
الدواء  
الدواء  
الدواء