

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie

M22- 0013831

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.

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 209 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Bourazza 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 : Bourazza Saadia Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Douleur épigastrique

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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

- Réclamation : 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.

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
20.08.2022	CS		800,00	<div> <div>CLINIQUE YASMINE</div> <div>Bd. Sid. Abderrahmane</div> <div>Tél: 05 22 39 64 60 - 05 22 39 71 19</div> <div>090004029</div> <div>OCEANIC CLINIC</div> <div>Anesthésiste - Réanimateur</div> <div>Dr. BERRADA Jaafar</div> <div>Dr. FARIK Jamal Aziz</div> </div>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<div> <div>Pharmacie NAIMA</div> <div>Bloc 21 N°24</div> <div>Boulevard Hassani</div> <div>Boulevard Abderrahmane</div> <div>CAS</div> <div>Tél: 05222903100</div> </div>	20/08/2022	165,00

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				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 <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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div> <div>H</div> <div>25533412 21433552</div> <div>00000000 00000000</div> <div>D 00000000 00000000 G</div> <div>35533411 11433553</div> <div>B</div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<div> <div>[Création, remont, adjonction]</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div> </div>			DATE DU DEVIS <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 Fin : 20/08/2022

Adresse : RUE 151 NR 33 GR K OULFA

Traitement : Perfusion

Médecin : BERRADA JAAFAR

Prestations

	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
Espece :	Chèque :	Solde : 800,00			

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Huit cents Dirhams

Cachet et signature

CLINIQUE YASMINE
Bd. Sid. Abderrahmane
Tél : 05 22 39 69 60 - Fax : 05 22 39 71 19
090004029



مصحة الياسمين

Clinique Yasmine

le 20/08/22

M^{re} BOUROUA Saadia

9,60

1/ CLOPRANE (suppo adulte)



1 suppo avant les repas

122,80

2/ ESAC 40 mg

1 gélule / jour x 7 jours



33,00

3/ MUSFON 80 mg (oro strip)

2 sp x 3 j



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

165,40



090004029

10 mg 10 suppositoires

PPV 9DH60

EXP 06/2024

LOT 16025 2



الأمعاء.

أوية والثانة البولية والرحم.

LOT: M0765

PER: 04/2025

PPV: 33,00DH

بل

LOT: 122003

PER: 02/24

PPV: 122DH80

مستشفى
الرياض
الرياض
الرياض