

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

1367

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

DBALI

ABDENEB

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

06 61 86 38 67 Total des frais engagés :

691,15 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 26/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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				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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

A diagram of a dental arch (maxilla) with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: Upper Left (UL) teeth 1 through 8; Upper Right (UR) teeth 1 through 8; Lower Left (LL) teeth 1 through 8; and Lower Right (LR) teeth 1 through 8. A coordinate system is overlaid on the arch, with the vertical axis pointing upwards and the horizontal axis pointing to the left. The origin is at the center of the arch. The quadrants are labeled: D (Upper Left), G (Upper Right), B (Lower Right), and H (Lower Left). The teeth are numbered 1 through 8 in a clockwise direction starting from the upper central incisors.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 02-07-2023

page 1/1

Facture N° 12895/23

A. Identification

N° Dossier : CJ023G02033141

N° Identifiant : 078507/23

Nom & Prénom : M. DBALI ABDENEBI

C.I.N : BH207473

Adresse : LOT FARAH NR 21 ETAG 2 DEROUA BERRCHID

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom :

Médecin traitant : DR . AHABRI NADIA

C. Débiteur

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 02-07-2023

Date Sortie : 02-07-2023

Traitements : Urgence

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	CONSULTATION		400,00			400,00
1	SALLE D URGENCE		100,00			100,00
PHARMACIE INTERNE						
1	PHARMACIE		191,15			191,15
PARTIE CLINIQUE :						
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
SIX CENT QUATRE-VINGT-ONZE DIRHAMS QUINZE CENTIMES						
Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :						
TOTAL GENERAL						
691,15						
0,00						

signature de l'assuré

Arrêté la présente facture à la somme de :

SIX CENT QUATRE-VINGT-ONZE DIRHAMS QUINZE CENTIMES

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

CLINIQUE JERRADA OASIS

Séjour : Du 02/07/2023 au 02/07/2023

Patient : M. DBALI ABDENEBI

N° Dossier : CJO23G02033141

Organisme : PAYANT

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
ANDOL 1G INJ	18,80 Dh	2	37,60 Dh
BANDELETTE GLYCEMIE	4,00 Dh	1	4,00 Dh
CLOPRAME 10 MG INJECTA (10)	1,39 Dh	2	2,78 Dh
COMPRESSES STERIL 10X10/10 (01)	7,50 Dh	1	7,50 Dh
GANT NITRILE JETABLE /100	0,75 Dh	6	4,50 Dh
INTRANULE G20 ROSE	2,25 Dh	2	4,50 Dh
LANCETTE	1,00 Dh	1	1,00 Dh
OMEPRAZOLE SP 40MG	54,80 Dh	2	109,60 Dh
PERFUSEURS A/ROBINET (001)	7,78 Dh	1	7,78 Dh
SERINGUE 10 CC	3,00 Dh	1	3,00 Dh
SPASMOPAN 20 MG INJ/6AMP	1,85 Dh	2	3,70 Dh
TAMPON ALCOOLISÉ (100)	0,60 Dh	1	0,60 Dh
TEGADERM 6CM*7CM INTRAVEINEUSE (REF 1623W)	4,59 Dh	1	4,59 Dh
			191,15 Dh



CLINIQUE JERRADA OASIS

NOM DU PATIENT : M. DBALI
ABDENEBI

DATE DE NAISSANCE : 24/12/1952
CJO23G02033141



Reçu N°: 148741

Paiement du 02/07/2023 03h43

Actes

Montant

691,15 Dh

Type de paiement

Espèce