

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0029508

169379

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1367 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BALI ABDENEBI

Date de naissance :

Adresse : Mene. adresse

Tél. 06 61 86 38 67 Total des frais engagés : 691,15 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/07/23

Nom et prénom du malade : Dali Bini Age :

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

Nature de la maladie : H ab

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

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 25 JUL 2023

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 : Marrakech Le : 25/07/23

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 02-07-23 | C.S. + Su. ph | | 691,15 |  |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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

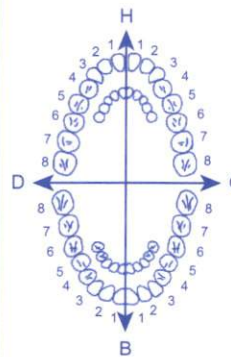
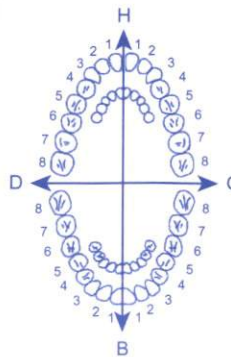
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [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

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 02-07-2023

Facture N° 12895/23

A. Identification

N° Dossier : CJO23G02033141

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 :

C. Débiteur

page 1/1

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

Médecin traitant : DR . AHABRI NADIA

Traitement : 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 |
| Total Rubrique : | | | | | | 500,00 |
| PHARMACIE INTERNE | | | | | | |
| 1 | PHARMACIE | | 191,15 | | | 191,15 |
| Total Rubrique : | | | | | | 191,15 |
| PARTIE CLINIQUE : | | | | | | 691,15 |
| PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES : | | | | | | 0,00 |

Arrêté la présente facture à la somme de :

TOTAL GENERAL 691,15

SIX CENT QUATRE-VINGT-ONZE DIRHAMS QUINZE CENTIMES

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

signature de l'assuré

AKDITAL
Clinique Jerrada Oasis
مركز طبقة الواحيس

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 ALCOOLISÃ? (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 |

Imprimé par : ZAHRI Marouane Le 02/07/2023
03h43