

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

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 1069.	Société : RAM	<input type="checkbox"/> Autres
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : RAKKABE Aicha (ep Zayd)		
Date de naissance : 1960		
Adresse : Desbt al aderni 200 rue 3 sur 30		
CIN : C184		
Tél. : 0619866026	Total des frais engagés :	300.0 Dhs

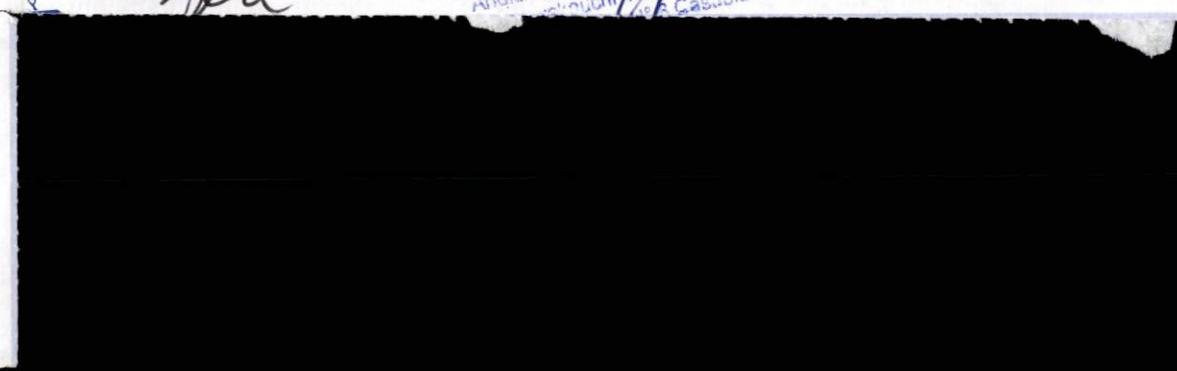
Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin	
Dr Khalid BANINE OPHTALMOLOGISTE Angle Bd Ibn Tachfine et Ibn El Mouarouchi Rés Fatima Zaitoun 7ème étage N° 6 Casablanca	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	7/8/2023
Nom et prénom du malade :	RAKKABE AICHA
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC
Pathologie :	Za
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** Date : **2-8-23** Dr Khalid BANINE
Signature de l'adhérent(e) : **zayd** Le : **21/8/2023**

OPHTALMOLOGISTE
Angle Bd Ibn Tachfine et Ibn El Mouarouchi Rés Fatima Zaitoun
7ème étage N° 6 Casablanca



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant la Relativité des Actes
01-08-2023	Facture	15289123	3.000	Donald BAINES Dermatologue 18/07/2023
71823	62	630	un facture	CLINIQUE 18/07/2023 Cabinet E-mail : 052223818@orange.fr

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07.08.2023	76,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

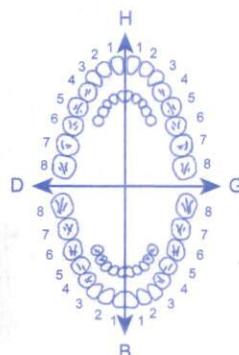
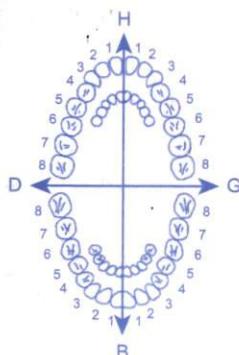
AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient des travaux
	D 00000000	B 35533411	G 00000000	Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution



AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis
مصحة جراده الوازيس

02/08/23
Casablanca, le

Mme RAKKABE AICHA
Né le : 01/01/1961



CJ023H07084453

76,20 Azyter

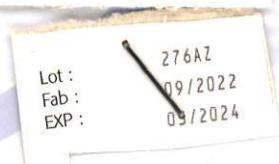
Collyre

1's

Azter 31j

3 jrs

الطباعة المائية
RUE 26, DÉPÔT
TOKOMBOU
HMC
TEL.
05 22 61 31 10
B
PHARMACIE TAKADOUUM CASA





AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis
مصحة جراددة الوازيس

Casablanca, le.....

٢١/٠٧/٢٣

COMPTE RENDU OPERATOIRE :

Injection Intra-Vitréenne d'antiVEGF à l'œil droit

Patiente : RAKKABE AICHA

Anesthésie en instillation locale de cébésine collyre

Blépharostat au niveau de l'œil droit

Repérage du point d'injection intra-vitréenne à 3.5 mm du limbe en temporal inférieur

Injection intra-vitréenne de 0.5ml du produit antiVEGF

Exocine collyre

Pansement occlusif sous Frakidex pommade

Dr Khalid BANINE
OPHTHALMOLOGISTE
Spécialité : Ophtalmologie et Chirurgie
El Mourakouchi Rés. Falims 2
3ème étage N° 6 Casablanca

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 07-08-2023

Facture N° 15289/23

A. Identification

N° Dossier : CJO23H07084453

N° Identifiant : 079816/23

Nom & Prénom : Mme RAKKABE AICHA

C.I.N : BJ35308

Adresse : MAROC

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom :

Médecin traitant : DR . BANINE KHALID

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 : 07-08-2023

Date Sortie : 07-08-2023

Traitements : INJECTION AVASTIN

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
INTERVENTION						
1	INJECTION AVASTIN		1 000,00			1 000,00
Total Rubrique : 1 000,00						
PARTIE CLINIQUE :						
HONORAIRES MEDICAUX						
1	DR. BANINE KHALID (OPHTALMOLOGUE)		2 000,00			2 000,00
Total Rubrique : 2 000,00						
PARTIE HONORAIRE ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
TOTAL GENERAL 3 000,00						

TROIS MILLE DIRHAMS

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

signature de l'assuré

CLINIQUE JERRADA-OASIS
113, AV. Abderrahim Bouabid
CASABLANCA
Tél : 0522 23 81 81 - Fax : 0522 23 81 82
E-mail : direction@cliniquejerrada.ma

CLINIQUE JERRADA OASIS**BULLETIN D'ENTREE / SORTIE****N° DE DOSSIER** CJO23H07084453**NOM DU PATIENT** Mme RAKKABE AICHA**MÉDECIN TRAITANT** BANINE KHALID**PRISE EN CHARGE** PAYANT MUPRAS**DATE D'ENTREE** 07/08/2023**DATE DE SORTIE** 07/08/2023**MODE DE SORTIE** normal