

# 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 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.

## 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



## Déclaration de Maladie

M23-005612 171754

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1069

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : RAKKABE Aicha (ep. RAKKABE)

Date de naissance : 1960

Adresse : Derbatacadem 2nd rue 3rd et 4th

C18A

Tél. : 061986624

Total des frais engagés : 3000 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 7/8/2023

Nom et prénom du malade : RAKKABE Aicha

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 7/8/2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant l'établissement des Actes
04-08-2023	Facture	15289123	3000	<p>Dr. Khalid BAKINE OPHTHALMOLOGISTE 04/08/2023</p>
78723	12	130	Vni	<p>Dr. Mohamed EL GHANNOUCHI OPHTHALMOLOGISTE 04/08/2023</p>

04-08-2023 Facture 15289123  
3000  
718/23 12 1130  
vni facture

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	07.08.2023	76,10
	INPE: 092021088	

INPE: 092021088

[illegible][illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis  
مصحة جرادة الوازيس

Casablanca, le 07/08/23

Mme RAKKABE AICHA

Né le : 01/01/1961



CJ023H07084453

76,20 Azyter Collyre  
31g



3j



Azyter 15 mg/g

Collyre, 8/6 récipients unidoses  
PPV : 76,20 DH



Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca  
Pharmacien responsable : Amina DAOUDI

Lot : 276AZ  
Fab : 09/2022  
EXP : 09/2024





Clinique Jerrada Oasis  
مصحة جرادة الوازييس

Casablanca, le..... 21/01/2023 .....



# 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 :

## 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

Médecin traitant : DR. BANINE KHALID

Traitement : INJECTION AVASTIN

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>INTERVENTION</b>						
1	INJECTION AVASTIN		1 000,00			1 000,00
Total Rubrique :						1 000,00
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						1 000,00
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>						
1	DR. BANINE KHALID (OPHTALMOLOGUE)		2 000,00			2 000,00
Total Rubrique :						2 000,00
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						2 000,00
<b>TOTAL GENERAL</b>						3 000,00

Arrêté la présente facture à la somme de :

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 21 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

CLINIQUE JERRADA-OASIS  
113, Av. Abdou Moukoko  
CAJ  
Tél : 0522 23 81 81 - Fax : 0522 23 81 82  
E-mail : direction@cliniquejerrada.ma