

# 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.

M23-0024155

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1240

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAHBAÏ Liliane

NP  
N92330

Date de naissance : 11/7/1945

Adresse :

Tél. : 0563720538

Total des frais engagés : 479.60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/1/2024

Nom et prénom du malade : LAHBAÏ Liliane Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Sanginose DR MIAAH Marouane

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

26 JAN. 2024

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

Le : 11/1/2024

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

R

DR

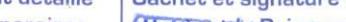
MIAAH

Marouane

Assesseur

Praticien

## RELEVE 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
10/07/2018	Opération chirurgicale			 <b>Dr. M'Lahi Marouane</b> Anesthésiste Réanimateur

## 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.

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 11-01-2024

page 1/1

Facture N° 00745/24

**A. Identification**

N° Dossier : CJ024A11214758

Nom & Prénom : Mme VERDE LILIANE YVONNE

C.I.N : BE24799S

Adresse : 405 BIS ROUTE DEL JADIDA RES GHALIA CASA

N° Identifiant : 085816/24

**C. Débiteur**

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

**D. Période d'Hospitalisation**

Date Entrée : 11-01-2024

Date Sortie : 11-01-2024

Traitements : Urgence

**B. Assuré**

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom :

Médecin traitant : DR . MLAHI MAROUANE

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
-----	-------------	-------------	---------	------	------	-------

1	CONSULTATION		400,00			400,00
					Total Rubrique :	400,00

**PHARMACIE INTERNE**

1	PHARMACIE		79,60			79,60
					Total Rubrique :	79,60

PARTIE CLINIQUE :

TOTAL GENERAL	479,60
---------------	--------

**PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :**

Arrêté la présente facture à la somme de :

QUATRE CENT SOIXANTE-DIX-NEUF DIRHAMS SOIXANTE CENTIMES  
Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme (PAYANT MUPRAS) de :  
ZERO DIRHAMS

signature de l'assuré

clinique jerrada oasis  
AKDITIA

## CLINIQUE JERRADA OASIS

Séjour : Du 11/01/2024 au 11/01/2024  
 Patient : Mme VERDE LILIANE YVONNE  
 N° Dossier : CJO24A11214758  
 Organisme : PAYANT

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
BANDELETTE GLYCEMIE - COM	4,00 Dh	1	4,00 Dh
COMPRESSES STERIL 10X10/10 (01) - CON	6,00 Dh	1	6,00 Dh
ELASTOPLAST 15 CM - COM	62,50 Dh	1	62,50 Dh
GANT NITRILE JETABLE /100 - COM	0,75 Dh	6	4,50 Dh
SERINGUE 10 CC - COM	2,00 Dh	1	2,00 Dh
TAMPON ALCOOLISÉ (100) - COM	0,60 Dh	1	0,60 Dh
			79,60 Dh

Clinique Jerrada Oasis  
 AKDITAL