

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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

- | | |
|--|-----------------------|
| <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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

37361

Optique Autres

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent(e)	
Matricule :	235
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom :	
DAHOU ABDELKADER	
Date de naissance :	
Adresse : 14 Avenue de Provence - Résidence Nouha - Casablanca	
Télé. :	
Total des frais engagés :	
2981,62 Dhs	

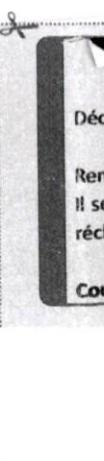
Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
 Docteur DAHOU ABDELKADER 113, Av. Abdellah Ben Abdellah Casablanca 20181. Tel: 05 22 24 81. Fax: 05 22 24 81. Email: docteur.dahou@orange.ma		
Date de consultation : 19 AOUT 2020		
Nom et prénom du malade : DAHOU ABDELKADER ALI		
Age: 55		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : Ischémie - Insuffisance cardiaque		
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 :

Le : 19 AOUT 2020

Signature de l'adhérent(e) :



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
10.05.2010		Fact. n° 05.283.160	29.81,-	INP : 10960616718 Docteur MAHED K. Anesthésiste Réanimateur CLINIQUE JESRADA-OASIS 13 AV. ADOUBATIEN BOUABID CASABLANCA Tel : 0522 23 81 81 - Fax : 0522 23 81 82 Email : cliniquejessada.ma

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

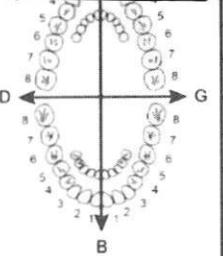
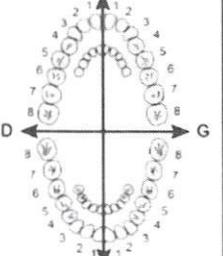
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

Le praticien atteste la validité du devis		MONTANTS DES SOINS												
Importante : Veuillez faire parvenir à l'INP		DEBUT D'EXECUTION												
SOIN		FIN D'EXECUTION												
 O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552												
D	00000000	00000000												
G	00000000	00000000												
B	35533411	11433553												
		COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												



Casablanca, le 10-05-2006

Compte rendu d'Hospitalisation

- M. DAKKALI Sherif ST Aliia, né en 1941, Smidé
hors ~ AFA, no cardiopathie préexistante.
- Admitte le 10-05-2006, pour un choc cardiogénique
sur ~ cardiopathie préexistante.
- Le patient a bénéficié ~ Consultation en Réanimation
une Réanimation Résofractaire. Drs: Boutouzer
et Yakkouti.
- Le patient a décédé le 10-05-2006 dans
un tableau de choc cardiogénique réfractaire



CLINIQUE JERRADA OASIS

NOTE D'HONORAIRE

Date d'entrée: 10-05-2020

DR. ANESTHESISTE Reanimateur

PATIENT : Mme DAHOU CHERIF EL ALIA

HONORAIRES : 900,00 Dh
(NEUF CENTS DIRHAMS)

Dr MAHEDD
Anesthésiste - Réanimateur

CLINIQUE JERRADA OASIS

BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER CJO20E10121628

NOM DU PATIENT Mme DAHOU CHERIF EL ALIA

MÉDECIN TRAITANT MJAHED KHALID

PRISE EN CHARGE PAYANT MUPRAS

DATE D'ENTREE 10/05/2020

DATE DE SORTIE 10/05/2020

MODE DE SORTIE normal

10/05/2020
DAHOU CHERIF EL ALIA
MJAHED KHALID
PAYANT MUPRAS
normal

CLINIQUE JERRADA OASIS

Séjour : Du 10/05/2020 au 10/05/2020
 Patient : Mme DAHOU CHERIF EL ALIA
 N° Dossier : CJO20E10121628
 Organisme : PAYANT MUPRAS

MEDICAMENTS

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
ADRENALINE 1 MG INJECTA (100)	1,22 Dh	60	73,20 Dh
BICAR 42% INJECTA (01)	14,29 Dh	1	14,29 Dh
CALCIUM 10%/10ML INJECTA (50)	3,63 Dh	2	7,26 Dh
PLASMION SOLUTIO INJECTA (01)	78,70 Dh	1	78,70 Dh
SERUM SALE 0.9 % 500 POCHE INJECTA (01)	12,80 Dh	1	12,80 Dh
			186,25 Dh

CONSOMMABLE

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
BANDELETTE GLYCEMIE (050)	3,76 Dh	2	7,52 Dh
CATHETER CENTRAL 3L STERIF AD (001)	370,00 Dh	1	370,00 Dh
CIRCUIT PATIENT U.U AD (001)	180,00 Dh	1	180,00 Dh
COMPRESSES STERIL 10X10/10 (01)	7,00 Dh	4	28,00 Dh
ELECTRODES (001)	3,00 Dh	3	9,00 Dh
FILTRE ANTI BACTERIEN ADULTE	28,00 Dh	1	28,00 Dh
GANT NITRIL JETABLE S,M,L (200)	0,68 Dh	20	13,60 Dh
INTRANULE G16 GRISE (001)	2,55 Dh	1	2,55 Dh
INTRANULE G20 ROSE (001)	3,00 Dh	4	12,00 Dh
INTRANULE G22 BLEU (001)	3,00 Dh	4	12,00 Dh
LAME DE BISTOURIE 23 (100)	1,28 Dh	3	3,84 Dh
LANCETTES GLYCEMIE BAYER (200)	3,00 Dh	2	6,00 Dh
MASQUE HAUTE CONC AD (001)	27,00 Dh	1	27,00 Dh
PERFUSEURS A/ROBINET (001)	11,00 Dh	1	11,00 Dh
SERINGUE DE 10CC (001)	3,00 Dh	18	54,00 Dh
SONDE D'ASPIRATION TTE CH (001)	4,00 Dh	2	8,00 Dh
SONDE TRACHEALE ARMEE CH 7 (001)	126,00 Dh	1	126,00 Dh
TAMPON ALCOOLISÉ (100)	0,51 Dh	6	3,06 Dh
TEGADERM 10 X 12 (050)	9,20 Dh	4	36,80 Dh
TUBE ANNELE/ (CATHETER DE MOUNTS 15CM) (001)	57,00 Dh	1	57,00 Dh
			995,37 Dh

Total global : 1 181,62 Dh

Document généré le 23/05/2020 à 12:00 par le logiciel e-Caisse de la Clinique Jerrada Oasis



CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 10-05-2020

Facture N° 05883/20

A. Identification

N° Dossier : CJO20E10121628

N° Identifiant : 026159/20

Nom & Prénom : Mme DAHOU CHERIF EL ALIA

C.I.N :

Adresse : QU DES HOPITAUX CASA

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom : DAHOU ALIA

Médecin traitant : DR . MJAHEDE KHALID

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 10-05-2020

Date Sortie : 10-05-2020

Traitement : HOSPITALISATION

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
INTERVENTION						
1	REANIMATION 1/2J		900,00			900,00
PHARMACIE INTERNE						
1	PHARMACIE		1 181,62			1 181,62
PARTIE CLINIQUE :						
HONORAIRES MEDICAUX						
1	DR. ANESTHESISTE REANIMATEUR (ANESTHESISTE REANIMATEUR)		900,00			900,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
DEUX MILLE NEUF CENT QUATRE-VINGT-UN DIRHAMS SOIXANTE-DEUX CENTIMES						
TOTAL GENERAL						
2 981,62						

Cachet et Signature

