

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

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

éducation :

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.

ntaire :

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

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

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **3105** Société : **RANS**

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **HOUARI mohamed**

Date de naissance : **07 07 1957**

Adresse : **cit 2 jamaa jaunis 1 Rue 2 1123 Casablanca**

Tél. : **0669061140** Total des frais engagés : **6000** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **04/01/2011**

Nom et prénom du malade : **MTALSI KHADIJA** Age : **54**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 :

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
04/01/2021	Voir Facture	600	600	600

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 Cœfficients	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 canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G 00000000 00000000	DATE DU DEVIS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 04-01-2021

Facture N° 00143/21

A. Identification

N° Dossier : CJO21A04191844

N° Identifiant : 013150/19

Nom & Prénom : Mme MTALSI KHADIJA

C.I.N : BH31152

Adresse : CASA

Médecin traitant : DR . MOUHSSIN ABDELLAH

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 04-01-2021

Date Sortie : 04-01-2021

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	SALLE D URGENCE		100,00			100,00
1	CONSULTATION		400,00			400,00
PHARMACIE INTERNE						
1	PHARMACIE		100,00			100,00
PARTIE CLINIQUE :						
PARTIE HONORAIRE ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
SIX CENTS DIRHAMS						
Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :						
TOTAL GENERAL						
600,00						

Cachet et Signature

CLINIQUE JERRADA OASIS

Séjour : Du 04/01/2021 au 04/01/2021

Patient : Mme MTALSI KHADIJA

N° Dossier : CJO21A04191844

Organisme : PAYANT

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
COMPRESSES STERIL 10X10/10 (01)	5,55 Dh	1	5,55 Dh
GANT NITRIL JETABLE S,M,L (200)	1,50 Dh	10	15,00 Dh
LANCETTES GLYCEMIE BAYER (200)	3,00 Dh	1	3,00 Dh
MASQUE HAUTE CONC AD (001)	77,62 Dh		77,62 Dh
			101,17 Dh

CLINIQUE JERRADA OASIS
113, Av. Abderrahim Bouabid
Oasis, Casablanca
Tel. : 05 22 13 81 81
Fax : 05 22 13 81 82

MTALSI KHAMY

Centre
Monétique
Interbancaire

04/01/21 19:23:33

9900156689

91566801

CLINIQUE JERRADA OASIS
Casablanca

A0000000031010

APP : Visa

MTALSI /BOUA.M

xxxxxxxxxxxxxx1598

06/22 CARTE NATIONALE

2303632A65B82D7D

200-0-9999-1-44

MONTANT: 600,00 MAD

NUM TRANSACTION : 011

NUM AUTORISATION: 001486

STAN : 011483

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT