

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.

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

N° M21- 062576

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2932 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE
 Nom & Prénom : AMCHIM Mohamed
 Date de naissance : 15-04-1955 CASABLANCA
 Adresse : 89 Rue 6 HAY EL ALIA 1 BOULEVARD CASABLANCA
 Tél. : 0664662270 Total des frais engagés : 185,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 25/09/2022
 Nom et prénom du malade : MEDHMA Hamdia Age : 67 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HTA, diabète, etc.
 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 Le : 05/09/2022
 Signature de l'adhérent(e) :

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 le Paiement des Actes
05.09.22	9	45		CLINIQUE JERRADA OASIS 113. AV. Abdelhak BOUCHTA CASABLANCA Tél : 0522 23 81 81 - Fax : 0522 23 81 82 E-mail : direction@cliniquejerrada.ma

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Docteur PHILIPPE SARLADOU 687, angle de la Pharmacie et Rue 150, Oued Sebou CASABLANCA Tél : 0522 23 81 81 - Fax : 0522 23 81 82 E-mail : direction@cliniquejerrada.ma	05.09.22	185,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

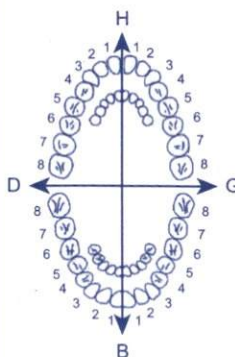
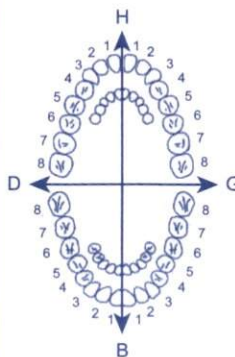
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>										
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis
مصحة جرادة الوازيس

Casablanca, le

08/02/22

Nom et Prénom :

Mme MEDHMEHD HOURIA
Né le : 15/02/1958



CJ022105073430

Mme MEDHMEHD HOURIA

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

Dr. Abdelhak BOUCHTA
OPTHALMOLOGISTE
70, Rue Aliou Ben Abdelah
Casablanca
Tél : 0522 47 33 45 / 0522 47 1427
LYS PHARMA SAKLAI
YAHIRAJOUTI Jaouad
Pharmacie
Société de Pharmacie
Bordj Bou
CI OLLA

VERIFIE
Dr. CHARRANI . H

65,00

❖ OXIFLOR CP



1 cp 2xjr pendant 5 jrs

30,30

❖ ICOMB COLLYRE



1 goutte 5xjr pendant 1 mois

22,40

❖ MAXIDROLL POMMADE



1 app le soir pendant 10 jrs

68,00

❖ DICLOCED

1 goutte 3xjr pendant 30 jrs

LYS PHARMA SARL AU
687, Avenue Mohammed VI
Casablanca
Tél : 05 22 23 81 81 - Fax : 05 22 23 81 82
E-mail : direction@cliniquejerrada.ma
Site web : www.cliniquejerrada.ma

❖ COMPRESSES OCULAIRE

1 fois/jour

113, Bd. Abderrahim Bouabid, Oasis, Casablanca
Tél. : 05 22 23 81 81 / 05 22 23 84 52/53/54 - Fax : 05 22 23 81 82
E-mail : direction@cliniquejerrada.ma
Site web : www.cliniquejerrada.ma

OXIFLOR 200 mg 10 comprimés

PPV 65DH00 EXP 09/2024
LOT 18031 1

Lot:

Fab:

Exp:

110031

10 21

10 23

PPV: 30 DH 30



DICLOCED 1 mg/ml
Collyre, Flacon de 10 ml - PPV : 68,00 DH



6 118001 101948

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri
Pharm

besoin de la relire.

us a
à voi
ame
s c



6 118001 070404
Laboratoires Sothema Bouskoura
Maxidrol pommade ophtal., 3,5 g
A.D.S.P. Maroc N° 14/DMP/21/NCI
PPV : 22,40 DHS

406805

notice, par