

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Déclaration de Maladie

M22- 0014642

155576

Matricule : 01205 Société : ex Agent RAN

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : HADINE Ahmed

Date de naissance : 19/12/1950

Adresse : Rue RADOUZ AZ ZERTAR, Rue Hassan II  
M 7 MME B 302 NAOURI - CASA

Tél. : Total des frais engagés : 836,00 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/03/2023

Nom et prénom du malade : HADINE Ahmed Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : maladie

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : 21 MAR 2023

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 : CASA Le : 27/03/2023

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
06/03/2023	C	300,00		DR HASSAN EL OTHMANI CHIRURGIEN DENTISTE Télé: 06 07 74 00 11 INP: 09 15 33 11 -2391

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Hassane El Othmani Manoscanie N° 06 07 74 00 11 ICE : 00000931000058	06/03/23	596,00

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	
CENTRE LAGHZA Kine et Bien-Etre 72, Place de la Division Leclerc Liq. RDC - Oasis - Casablanca Tel : 05 22 98 32 85	06/03/2023	AMM	9+5/2			150x2=3000,00DH Devis.

# 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		MONTANTS DES SOINS
	D 00000000 35533411	B 11433553		DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis  
مصحة جراده الوازيس

Casablanca, le.....

06/03/2023

Mr HADINE Ahmed

2x298,-  
MADOPAR 250

1/2 Comprimé 3 fois par jour pendant 3 mois

Docteur Hicham EL OTMANI  
NEUROLOGUE - EEG/EMG  
Clinique JERRADA - Oasis  
Tél: 06 21 17 33 11  
INP: 091032391

EXP 05 2026  
Lot M3760M1  
MFD 05 2022

Distribué par Roche S.A.  
Bd. Sidi Med Ben Abdellah  
Ivoire 05, Casablanca Marina  
MADOPAR 200/50-100 comprimés  
P.P.V. : 298,00 DH



6 118001 050697

113, Bd.  
Tél. : 05 2...  
E-mail : dir...  
Site web : v...

05 22



EXP 09 2026  
Lot M4110M2  
MFD 09 2022

Distribué par Roche S.A.  
Bd. Sidi Med Ben Abdellah  
Ivoire 05, Casablanca Marina  
MADOPAR 200/50-100 comprimés  
P.P.V. : 298,00 DH



6 118001 050697



PHARMACIE MARINA  
Dr. Lalla Souadoui  
Mannessmone Pharm. Tel.: 05 23 30 56 66  
Mohammed media phar. Tel.: 05 23 30 56 66  
ICE : 00500931000058  
298,-

PHARMACIE  
Dr. Lalla  
Mannessmone phar.  
Mohammed media phar.  
ICE : 0050

# CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 06-03-2023

## Facture N° 04451/23

### A. Identification

N° Dossier : CJO23C06165457

N° Identifiant : 062203/22

**Nom & Prénom : M. HADINE AHMED**

C.I.N : B391835

Adresse : RUE IBNO HAZEM ESC A ETG RDC APT 302 RES RAOUD AZHAR MAARIF

### C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

### D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 06-03-2023

Date Sortie : 06-03-2023

Traitements :

Médecin traitant : DR . EL OTMANI HICHAM

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>						
1	DR. EL OTMANI HICHAM (NEUROLOGUE)		300,00			300,00
<b>TOTAL RUBRIQUE :</b>						
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
<b>TOTAL GENERAL</b>						<b>300,00</b>

TROIS CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

Professeur Hicham EL OTMANI  
NEUROLOGUE EEG/EMG  
Clinique JERRADA - Oasis  
Tel: 06 67 17 33 11  
INP : 091032391