

# 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : *10059*

Société : *R.A.M.*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *HIRCHY DRISS*

Date de naissance : *01/01/1948*

Adresse : *Dr. Ouafaa EL ALLAM*

Tél. : *0661778248*

Total des frais engagés : *2658,62* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Dr. Ouafaa EL ALLAM*  
Anesthésie Réanimation

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : *Céphalée*

*Dr. Ouafaa EL ALLAM*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....  
*Anesthésie Réanimation*

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 : ..... / ..... / .....

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 |
|-----------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 08.06.23        | Voir Facture N° 11479 |                       | 253742                          | <br>Dr. Quataa EL ALLAM  |
|                 |                       |                       |                                 | Asthésie Réanimation   |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 08/06/23 | 12122                 |
|  |          |                       |

INPE 062110424

### 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 |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | 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 de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES           | Dents Traitées   | Nature des Soins                      | Coefficient               | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|---------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------|-------------------------|
|                           |  |                                       |                           |                         |
|                           |  |                                       |                           |                         |
|                           |  |                                       |                           |                         |
|                           |  |                                       |                           |                         |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                                       |                           | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                           | H<br>25533412<br>00000000<br>35533411  | G<br>21433552<br>00000000<br>11433553 | B<br>00000000<br>00000000 |                         |
|                           | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                                       |                           |                         |
|                           |  |                                       |                           |                         |
|                           |  |                                       |                           |                         |

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...

08/06/2023

Mr HIRCHY DASS

PHARMACIE CENTRALE

Lot. Laâyoune N°3

Deroua

Tél : 05 22 53 26 00

22.10  
1)

Codoliprane SP

PPV: 22DF20

PER: 12/21

LOT: L4075

1 gél 3g



②

2)

Suzgam 200



2 gél 100 mg

R

3)

Vetanevyl Fort



1 gél 25

OEDES 20mg  
28 gélules

99.00

1 gél 3g

LOT 220196  
EXP 09/2024  
PPV 99.00DH

Oedes 2

ISO 9001

BUREAU VERITAS  
Certification



113, Boulevard Abderrahim Bouabid (ex-Jerrada), Oasis, Casablanca

Tél. : 05 22 23 81 81 | 05 22 23 84 52/53/54 | Fax: 05 22 23 81 82

E-mail : cliniquejerradaoasis@akdital.ma - Site web : www.cliniquejerrada.ma



AKDITAL

Clinique Je'rada Oasis  
مصحة جراددة الوازيس

Casablanca, le.....

08/06/2023

Hr HIRCHY DRISS

Céphalées rebelles aux traitements

⇒ TDM Cérébrale

Dr. Ouafaa EL ALLAM  
Anesthésie Réanimation

AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis  
مصحة جراددة الوازيس

SVF



AKDITAL

# Clinique Jerrada Oasis مصحة جراددة الوازيس

08/06/2023

PATIENT : HIRCHY DRISS

PRESкриPTEUR: EL ALLAM OUAFAA

## SCANNER CEREBRAL

### TECHNIQUE :

Acquisition spiralée millimétrique sans injection de produit de contraste.

### RESULTATS :

Atrophie corticale minime.

Absence d'anomalie de densité parenchymateuse aux étages sus et sous tentoriel.

Absence de lésion ischémique récente.

Absence de stigmates hémorragiques.

Structures médianes en place.

Système ventriculaire de morphologie normale.

Fosse cérébrale postérieure sans anomalie.

Cisternes de la base libres.

### CONCLUSION :

*Atrophie corticale minime.*

*Absence d'anomalies crano cérébrales pouvant expliquer la symptomatologie.*

*A confronter au reste des investigations.*

Merci de votre confiance.

Dr BENMOULA

Clinique JERRADA OASIS  
Service de Radiologie  
CASABLANCA  
Tel : 05 22 99 37 48

Vous pouvez accéder à votre examen en consultant le lien sécurisé suivant: pacswebcjo.ddns.net ( Login : HIS858977153347 Mot de passe : HIS77829 )

113, Boulevard Abderrahim Bouabid ( Ex-Jerrada), Oasis, Casablanca  
Tél. : 05 22 23 81 81 | 05 22 23 84 52/53/54 - Fax : 05 22 23 81 82  
Patente N° 37987814 - ICE : 001628705000012 - CNSS N° 8686597  
E-mail : cliniquejerradaoasis@akdital.ma - Site web : www.cliniquejerrada.ma

ISO 9001  
BUREAU VERITAS  
Certification



# CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 08-06-2023

## Facture N° 11479/23

### A. Identification

N° Dossier : CJO23F08185503

N° Identifiant : 077829/23

**Nom & Prénom :** M. HIRCHY DRISS

C.I.N : W60286

Adresse : DR OLD YAHIA DEROUA BERRECHID

### C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

### D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 08-06-2023

Date Sortie : 08-06-2023

Traitemen t: Urgence

Médecin traitant : DR . EL ALLAM OUAFAA

| Qté  | Prestations      | Observation | Prix U.  | L.C. | Coef | Total                |
|--|------------------|-------------|----------|------|------|----------------------|
| <b>RADIOLOGIE</b>                          |                  |             |          |      |      |                      |
| 1  | SCANNER CEREBRAL |             | 2 000,00 |      |      | 2 000,00             |
| Total Rubrique :                           |                  |             |          |      |      | <b>2 000,00</b>      |
| <b>PRESTATIONS</b>                         |                  |             |          |      |      |                      |
| 1  | SALLE D URGENCE  |             | 100,00   |      |      | 100,00               |
| 1  | CONSULTATION     |             | 400,00   |      |      | 400,00               |
| Total Rubrique :                           |                  |             |          |      |      | <b>500,00</b>        |
| <b>PHARMACIE INTERNE</b>                   |                  |             |          |      |      |                      |
| 1  | PHARMACIE        |             | 37,42    |      |      | 37,42                |
| Total Rubrique :                           |                  |             |          |      |      | <b>37,42</b>         |
| <b>PARTIE CLINIQUE :</b>                   |                  |             |          |      |      |                      |
| PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :      |                  |             |          |      |      |                      |
| Arrêté la présente facture à la somme de : |                  |             |          |      |      |                      |
|  |                  |             |          |      |      | <b>0,00</b>          |
|  |                  |             |          |      |      | <b>TOTAL GENERAL</b> |
|  |                  |             |          |      |      | <b>2 537,42</b>      |

DEUX MILLE CINQ CENT TREnte-SEPT DIRHAMS QUARANTE-DEUX CENTIMES

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

signature de l'assuré