

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.

N° W21-829827

19022

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule :	2226	Société :
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : EL HAMZI YOUSSEF AHMED		
Date de naissance : 31-08-56		
Adresse : 21 RUE 50 HAUS MANDAOUIA		
Tél. : 0660548528	Total des frais engagés : 505,40 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	20/12/03		
Nom et prénom du malade :	Age:		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	ANASTHÉSIE CLASSE PRESTIGE		
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.
Oui
 Fait à :
 Signature de l'adhérent(e) :

Le : 20/12/03

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
20/12 23	C.P.A.		250.00 DH	INP 14/12/2018 MAKHTUTA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/12/23	55,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
ADIOLOGIE Bd al quds N° 12 Radiologie@adiologics@gmail.com Tel: 05 22 21 43 44	25/12/13	100% de la facture	200 Dhs

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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	INP : <input type="text"/>
				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			Coefficient <input type="text"/>
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Pharmacie Siham
Angie Rihab
N° 13 boulevard Abderrahim Bouabid
Casablanca, le.....
Tél. 052 23 81 81 | 052 23 84 52/53/54 - Fax : 052 23 81 82
E-mail : cliniquejerradaoasis@akdital.ma - Site web : www.cliniquejerrada.ma

20/12/13

Mr. El Hamez Abd

27,70 x 2

Cardiaspirine 100 mg/30cps

Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

Cardiaspirine 100 mg/30cps

Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

6

6 118001 090280

F = 55,40

Ag 30

10/12/13

114/10

114/10

114/10

Dr. Nadjia ABBAR
Anesthésie - Réanimation



AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis
مصحة جرادة الوازيس

Casablanca, le

20/12/93

El Hafsi Nouray Ahmed

Dr. Nacida HARR
Anesthésie - Réanimation

Bail

Dr. Rous

Dr. Nacida HARR
Anesthésie - Réanimation

RADIOLOGIE AL QUDS
Rue 70, 10522 Casablanca
Tél : 05 22 21 43 43
E-mail : alquods@gmail.com



Dr. Mohamed Amine FATHALLAH

Médecin Radiologue

• Diplômé de Paris Descartes

• Ex Médecin des Hôpitaux de Paris

Radiologie
Al Quods

الباحث بالأشعة القدس

الدكتور محمد أمين فتح الله

إختصاصي في الفحص بالأشعة

خريج كلية الطب بباريس

طبيب سابق بمستشفيات باريس

- Scanner Multibandes
- Dentescanner - Panoramique Dentaire
- Mammographie Numérisée

- Echographie Générale
- Echographie-Doppler Couleur
- IRM (Sur Rendez-Vous)
- Radiologie Interventionnelle (Scanner, Echographie, Sialographie)
- Radiologie Numérisée
- Radio - Photo



091244798

Casablanca, le 25/12/2023

NOTE D'HONORAIRE

Nom & Prénom EL HAMZI MOULAY AHMED

Date d'examen : 25/12/2023

<i>Examens</i>	<i>Honoraires</i>
RX THORACIQUE DE FACE	200,00 DH
NET A PAYER	200,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX CENTS DH

Ouvert de 8h30 à 19h00 - Samedi de 8h30 à 13h30

Bd Al Quods, N°697 - Ain Chock - Casablanca - Tél.: 05 22 21 43 43 - Fax : 05 22 21 43 43

E-mail : radiologiealquods@gmail.com - ICE : 002313947000064 - IF : 34001560

RADILOGIE AL QUODS
radiologiealquods@gmail.com - 05 22 21 43 43

RC : 442995 - PATENTE : 34001560

Radiologie Al Quods

Dr. Mohamed Amine FATHALLAH
Médecin Radiologue

- Diplômé de Paris Descartes
- Ex Médecin des Hôpitaux de Paris



Radiologie
Al Quods
الفحص بالأشعة القدس

الفحص بالأشعة القدس

الدكتور محمد أمين فتح الله
إختصاصي في الفحص بالأشعة
خريج كلية الطب بباريس
طبيب سابق في مستشفيات باريس

- IRM HAUT CHAMP (1,5 TESLA)
- Scanner Multislice
- Panoramique Dentaire

- Mammographie Numérisée
- Echographie Générale
- Echo-Doppler Couleur

- Dentascanner
- Radiologie Interventionnelle
(Scanner, Echographie, Sénologie)

- Radiologie Numérisée
- Radio-Photo

Casablanca , le 25/12/2023

Patient : EL HAMZI MOULAY AHMED

Prescripteur: DR NADIA AHABR

RADIOGRAPHIE THORACIQUE DE FACE

RESULTATS :

Transparence parenchymateuse normale.
Silhouette cardio mediastinale normale.
Les culs-de-sacs pleuraux sont libres.
Cadre osseux sans anomalie.

CONCLUSION:

Radiographie thoracique normale.

Merci pour votre confiance .

Dr Mohamed amine Fathallah

RADILOGIE AL QUODS
Bd Al Quods N°697
Radiologiealquods@gmail.com
Tél: 05 22 21 43 43

Pour consulter les images, utilisez le lien : <http://102.53.2.201:8088/images>
Login : 64919

Mot de Passe : 38515

Ouvert de 8h30 à 19h00 - Samedi de 8h30 à 13h30

Bd Al Quods, N°697 - Ain Chock - Casablanca

Tél.: 05 22 21 43 43 / 06 65 66 57 67 - Fax : 05 22 21 43 43 - E-mail : radiologiealquods@gmail.com

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 20-12-2023

Facture N° 25508/23

A. Identification

N° Dossier : CJO23L20145427 N° Identifiant : 052143/21

Nom & Prénom : M. EL HAMZI MOULAY AHMED

C.I.N : B294826

Adresse : HAY MANDAROUNA RUE 50 N° 21 AIN CHOK

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 20-12-2023

Date Sortie : 20-12-2023

Traitements :

Médecin traitant : DR . DR AHABRI NADIA

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PARTIE CLINIQUE :						
1	DR AHABRI NADIA (ANESTHESIE-REANIMATION)		250,00			250,00
Total Rubrique :						
250,00						
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
TOTAL GENERAL						
250,00						

DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS

Signature de l'assuré

CLINIQUE JERRADA OASIS

PAIEMENT EFFECTUE PAR : c/c
NOM DU PATIENT : Mme EL HAMZI
MOULAY AHMED
DATE DE NAISSANCE : 31/08/1956
CJO23L20145427



Reçu N°: 164240

Paiement du 20/12/2023 15h01

Actes

Montant 250,00 Dh

Numéro de compte 439375****5405

Nom de propriétaire c/c

Type de paiement TPE

Imprimé par : NYAZI Hamza Le 20/12/2023

15h01

Av. Abderrahim Bouabid - Casablanca Tél. : 05 22 23 81 81 Fax : 05 22 23 81 82

E-mail : direction@cliniquejerrada.com - IF : 40280390 - ICE : 00162870500012- RIB : 230780404038722100950065