

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.

Diagnostic 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

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° P19- 056135

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3545 Société : RAM RETRAITE

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JALIL MOHAMED

Date de naissance : 01-01-1953

Adresse : 97 RUE SOCRATE MAARIF CASA

Tél. : 0670566416 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Boutayeb El Houssine
Anesthésiste-réanimateur

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Douleur

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) :



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
25/11/20		CS		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/11/20	68,3

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

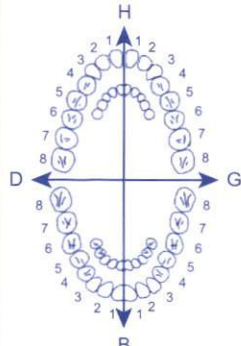
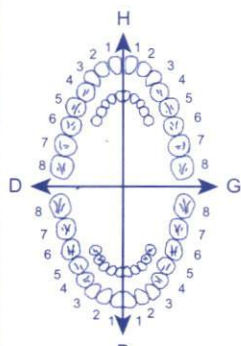
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE JERRADA OASIS

مصحة جرادة الوازيس

Casablanca, le

25/04/2022

Dr. P. Bouabid

Spasfon®
30 comprimés enrobés



6 118000 330226

27,50

spasfon cp

40,80 2 cp x 2 / 5

otilline sirp

1 cp x 8'



P.P.V. : 40DH80

SUSP BU V FL 200 ML

MOTILIUM 1MG/ML

LOT : 9MA171
PER : 05 2022

CLINIQUE JERRADA OASIS
113, Av. Abderrahim Bouabid
Oasis - Casablanca
Tél. : 05 22 23 81 81
Fax : 05 22 23 81 85

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 25-04-2020

Facture N° 05453/20

A. Identification

N° Dossier : CJO20D25152409

N° Identifiant : 025839/20

Nom & Prénom : M. JALIL MOHAMED

C.I.N : B46156

Adresse : CASA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 25-04-2020

Date Sortie : 25-04-2020

Médecin traitant : DR. BOUTAYEB EL HOUCINE

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
INTERVENTION						
1	ECG		200,00			200,00
Total Rubrique :						200,00
PARTIE CLINIQUE :						
HONORAIRES MEDICAUX						
1	DR. BOUTAYEB EL HOUCINE (ANESTHESISTE REANIMATEUR)		300,00			300,00
Total Rubrique :						300,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL
						500,00

CINQ CENTS DIRHAMS

Cachet et Signature

CLINIQUE JERRADA OASIS
 113, Av. Abderrahim Bouabid
 Oasis - Casablanca
 Tél : 05 22 23 81 81
 Fax : 05 22 23 81 82

CLINIQUE JERRADA OASIS

NOM DU PATIENT : M. JALIL MOHAMED
DATE DE NAISSANCE : 01/01/1953
CJO20D25152409



Reçu N°: 42829

Paiement du 25/04/2020 15h25

Actes

Montant

500,00 Dh

Type de paiement

Espèce

Imprimé par : EL KASRI SAMIR Le 25/04/2020 15

GE

MAC600 1.02

ID :

25-avr-2020 16:16:03

ID :



0.16-150Hz

25.0 mm/s

10.0 mm/mV

50Hz

87 bpm

4x2,5s

0

MAC600

Fréq.
Durée
QT/QTc
Interv.
Durée
Interv.
Axes I