

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.

Médecine 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.

Éducation :

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00107 86

Société :

13117

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

DUTENNOUN

SAMIA

Date de naissance :

26/05/1974

Adresse :

RES ARZAW APP 21
MAARIF

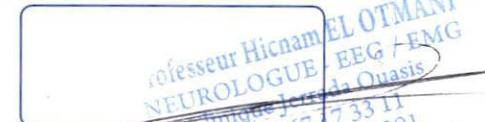
casablanca

Tél. : 06 612 533 03

Total des frais engagés : 2700,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Hernia (Aphose)

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) :

Le : 06/07/2011

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
30-09-2020	CS		300,00 DH	EL OUAHAD Assurance Cabinet Dentaire Clinique Jemada Quassi 06 61 17 33 11 INT 091032391

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/09/2020	8400,00 DH

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	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
	35533411	11433553

[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

Docteur Hicham El OTMANI

Neurologue

Professeur de l'enseignement supérieur

- Electroneuromyographie (EMG) - Electroencéphalographie (EEG)
- Potentiels Evocés : visuels, somesthésiques, auditifs
- Attestation de Formation Spécialisée en Neurologie (Paris - France)
- Diplôme du Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris
- Spécialiste dans la maladie de Parkinson, stimulation cérébrale profonde et injections de toxine botulique en Neurologie (Paris - France)
- Diplôme de l'Académie Européenne de Neurologie (EAN)

Casablanca, le

30/09/2020

مصحة جراده الوازيس

الدكتور هشام العثماني

إخلاصي في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

أستاذ التعليم العالي بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

التخطيط الكهربائي للرعاش

المجهودات المثارة

الدار البيضاء، في

Mme OUZENNOU Samira

KEPPRA 500 mg Cpr pell Plq/60

1/2 Comprimé le matin, 1 Comprimé le soir

NODEP 50 MG

1 Comprimé le matin

S.V

1998
402

666 x 1 =
901 x 2

T: 9400100

TROIS MOIS

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

Clinique Jerrada OASIS, Boulevard Abderrahim Bouabid (Ex-Jerrada), Oasis, Casablanca

Tél. : 05 22 23 81 81 - 05 22 23 84 52/53/54 - Fax : +212 5 22 23 81 82

Web : www.cliniquejerrada.ma - Mail : direction@cliniquejerrada.ma

Gsm : 06 67 17 33 11 - E-mail : hichamotmani@hotmail.com

ID : 639014 GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 666,00 DH
6 118001 142606



ID : 639014 GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 666,00 DH
6 118001 142606



ID : 644250 GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 666,00 DH
6 118001 142606

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 30-09-2020

Facture N° 13849/20

A. Identification

N° Dossier : CJO20I30182001 N° Identifiant : 004162/19
Nom & Prénom : Mme OUZENNOU SAMIRA
C.I.N : C430766
Adresse : 3 RUE ABOU ISHAK CHIRAZI ESC A APT 21 MAARIF CASA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 30-09-2020
Date Sortie : 30-09-2020

Médecin traitant : DR . EL OTMANI HICHAM

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
	PARTIE CLINIQUE :					0,00
	HONORAIRES MEDICAUX					
1	DR. EL OTMANI HICHAM (NEUROLOGUE)		300,00			300,00
					Total Rubrique :	300,00
	PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :					300,00
	Arrêté la présente facture à la somme de :			TOTAL GENERAL		300,00

TROIS CENTS DIRHAMS

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

Cachet et Signature

Dr. El Otmani Hicham
NEUROLOGUE EEG / EMG
Clinique Jerrada Oasis
06 67 17 33 11
INP : 091052391

CLINIQUE JERRADA OASIS

NOM DU PATIENT : Mme OUZENNOUN
SAMIRA

DATE DE NAISSANCE : 26/05/1974
CJO20I30182001



Reçu N°: 56020

Paiement du 30/09/2020 18h21

Actes

Montant

300,00 Dh

Type de paiement

Espèce