

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.

Biologie 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 canaux, 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 canaux.

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0040216

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00 107 86 Société : 43114
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : OUZENNOU SAMIRA
 Date de naissance : 21 / 05 / 1974
 Adresse : RES. ARZAW Apt 21
 M. AARIF Casablanca
 Tél. : 066 1253303 Total des frais engagés : 2232,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Hicham EL OTMANI
Neurologue

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Ataxie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

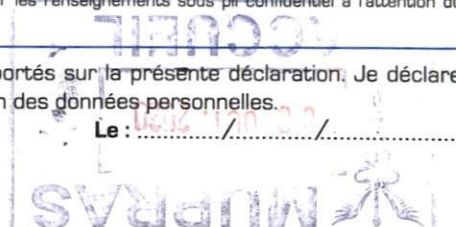
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Le : / /

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
19/07/2020	CS		300	Professeur Hicham EL OTMANI
16/01/2020	CS		CG	Professeur Hicham EL OTMANI

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE RIAD ECHALLALATE Docteur EL PHARNATI FATIMAZAHRI Mila, Riad Echallalate 6H1 Hammoud, M05 Tel: 0522 32 93 63	19/02/2020	1332.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
16/07/2020		EEG	Professeur Hicham EL OTMANI

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 canalaires, 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													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
			MONTANTS DES SOINS														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

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 Evoqués : 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)

مصحة جرادة الوازيس

الدكتور هشام العثماني

إختصاصي في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

أستاذ التعليم العالي بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

التخطيط الكهربائي للأعصاب و العضلات

التخطيط الكهربائي للرعاش

المجهودات المثارة

Casablanca, le

19-02-2020

الدار البيضاء، في

M= OUZENNE Samir

666.00

x Kapa 50

2

1 cu et 1/2

matin

1332.00

1 g b soir

3 mois

Professeur Hicham EL OTMANI
Neurologue

PHARMACIE
RIAD ECHALLALATE

Docteur EL RHARNATI FATIMAZAHRI

Avenue Riad Echallalato

GHI-Imm04, M05

Tél: 0522 32 93 63

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 : 638931

ID: 626216

- fabrication:

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 19-02-2020

Facture N° 02932/20

A. Identification

N° Dossier : CJO20B19141314

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 : 19-02-2020

Date Sortie : 19-02-2020

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
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
						300,00
TOTAL GENERAL						300,00

TROIS CENTS DIRHAMS

Cachet et Signature

Dr Hicham EL OTMANI
Professeur Hicham EL OTMANI
Neurologue

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

Facture N° 00960/20

CASABLANCA Le : 16-01-2020

A. Identification

N° Dossier : CJO20A16155223

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 : 16-01-2020

Date Sortie : 16-01-2020

Médecin traitant : DR . MAKHLOUFI KAMAL

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
INTERVENTION						
1	EEG		600,00			600,00
Total Rubrique :						600,00

PARTIE CLINIQUE :

PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :

600,00

0,00

Arrêté la présente facture à la somme de :

TOTAL GENERAL 600,00

SIX CENTS DIRHAMS

Cachet et Signature

CLINIQUE JERRADA OASIS

NOM DU PATIENT : Mme
OUZENNOU SAMIRA
DATE DE NAISSANCE :
26/05/1974
CJO20A16155223



Reçu N°: 35266

Paiement du 16/01/2020 15h58

Actes

Montant

600,00 Dh

Type de paiement

Espèce

Imprimé par : EL HARIRI MOHAMED Le
16/01/2020 15h58

CLINIQUE JERRADA OASIS

NOM DU PATIENT : Mme
OUZENNOU SAMIRA
DATE DE NAISSANCE :
26/05/1974
CJO20B19141314



Reçu N°: 38512

Paiement du 19/02/2020 14h17

Actes

Montant

300,00 Dh

Type de paiement

Espèce

Imprimé par : EL KASRI SAMIR Le
19/02/2020 14h17