

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.

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 : 0010786

Société :

43M14

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

OUZENNOU

SAMIRA

Date de naissance :

26/05/1974

Adresse :

RES ARTAW App 21

M A A N F

casablanca

Tél. : 0661253303

Total des frais engagés : 2.232,00

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 : Afhosa

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) :



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
16/01/2020	5		300.00	Professeur Hicham EL OTMANI
16/01/2020	5		300.00	Professeur Hicham EL OTMANI

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
RIAD ECHALLALATE Docteur Et Pharmati FATIMA ZAHRA Alliance, Riad Echallalate GHAJJIMMO4.MUS Tel:0522 32 93 63	19/02/2020	1332.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
Professeur Hicham EL OTMANI Neurologue	16/01/2020	EEG	60.00 Professeur Hicham EL OTMANI Neurologue

AUXILIAIRES MEDICAUX

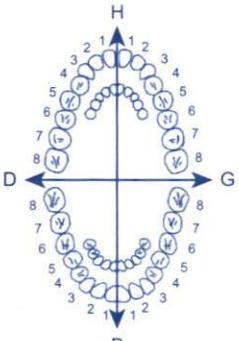
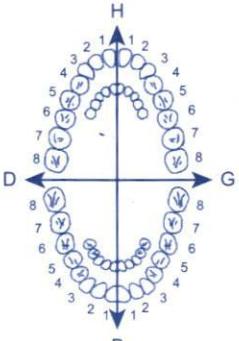
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 00000000 35533411	D 00000000 00000000 00000000	G 21433552 00000000 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 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)

Casablanca, le

19-02-2020

مصحة جرادا الوازيس الدكتور هشام العثماني

اختصاصي في أمراض الدماغ والجهاز العصبي
أستاذ التعليم العالي بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات
التخطيط الكهربائي للرعاش
المجهودات المثارة

M = OUZENNEN Samia

666,00

Y Kep a 50

2 1 an et 1/2

matin



1332,00 - 1 an le 20/02/2020
3 mois

Professeur Hicham EL OTMANI
Neurologue

PHARMACIE
RIAD ECHALLALATE
Docteur M. RHARNAÏT FATHMAZANRI
Adresse: Riad Echallalate
GMI 1 imm 04, 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

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 666,00 DH
ID: 638931
118001 142606

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 666,00 DH
ID: 626216
6 118001 142606

Fabrication:

06/2012

06/2012
06/2012
06/2012
06/2012
06/2012
06/2012

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 19-02-2020

Facture N° 02932/20

page 1/1

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

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 :				Total Rubrique :	300,00
						300,00
					TOTAL GENERAL	300,00

Arrêté la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Cachet et Signature

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

Traitement :

Médecin traitant : DR . MAKHLOUFI KAMAL

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
INTERVENTION						
1	EEG		600,00			600,00
PARTIE CLINIQUE :					Total Rubrique :	600,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						600,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						0,00
SIX CENTS DIRHAMS					TOTAL GENERAL	600,00

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