

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

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Réclamation | contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@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° W19-595393

vignette
N° DED
Averti

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 10786		Société : R.A.M.	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	OUTENNOU SAMIRAT
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0661213303		Total des frais engagés : 2021 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Docteur Hicham EL OTMANI 2010 LOGUE EEG / BMG N° de plaque : 06-67-17-52-1 N° de matricule : 06-10-02-22-01			
Date de consultation : 29 AVR. 2021			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : afhaz depnue			
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 : **casablanca**

Signature de l'adhérent(e) : **SAMIRAT**

Le : **1/1/2021**

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
03-02-2021	03	30000	INP : 09103289	Signature et cachet du Médecin

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE RIAD ECHALLALATE Fteur EI RHARNATI FATIMAZAHRA Alliance Riad Echallalate GH m04, M05-Tel:0522 32 93 33	03-02-2021	1771 DA

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	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'ODT.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DÉBUT D'EXÉCUTION
				FIN D'EXÉCUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
25522411	11422552

[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 Evoked : 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 جراده الوازيس

الدكتور هشام العثماني

اختصاصي في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

أستاذ التعليم العالي بكلية الطب وآمسيلة بالدار البيضاء

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

التخطيط الكهربائي للرعاش

المجهودات المثارة

الدار البيضاء، في

Casablanca, le 03/02/2021

Mme OUZENNOU Samira

201,00

NODEP 50 MG

S.V

1/2 Comprimé le matin

394x5

KEPRA 250 MG

S.V

1 Comprimé le matin, 2 Comprimés le soir

1370,00

TROIS MOIS

1771,00

Professeur Hicham EL OTMANI
CLINIQUE JERRADA OASIS
Clinique Jerrada Ouasis
06 67 17 33 11
Tél : 06 67 17 33 11
Fax : +212 5 22 23 81 82
Web : www.cliniquejerrada.ma - Mail : direction@cliniquejerrada.ma

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 314,00 DH
6 118001 142590

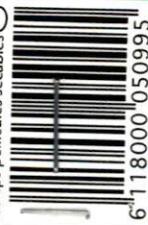
GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 314,00 DH
ID:645723
6 118001 142590

ID:645723 GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 314,00 DH
6 118001 142590

ID:645723 GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 314,00 DH
6 118001 142590

ID:645476 GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 314,00 DH
6 118001 142590

NO-DEP® 50mg
60 cps pelliculées sécables



CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 03-02-2021

Facture N° 01917/21

A. Identification

N° Dossier : CJO21B03162809 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 : 03-02-2021

Date Sortie : 03-02-2021

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

Professeur Hicham OTMANI
NEUROLOGUE EEG/EMG
Clinique Jerrada Oasys
06 67 17 33 11
INP : 091032391

CLINIQUE JERRADA OASIS

NOM DU PATIENT : Mme
OUZENNOUN SAMIRA
DATE DE NAISSANCE :
26/05/1974
CJO21B03162809



Reçu N°: 69322

Paiement du 03/02/2021 16h36

Actes

Montant	300,00 Dh
---------	-----------

Type de paiement	Espèce
------------------	--------