

## 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 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° WZ:1-654590

89287

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0933 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELOUARDI Mohamed

Date de naissance : 07-1943

Adresse : 14 Rue Ballouch Elhassan Oues

CASABLANCA

Tél. : 0667401507 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22-09-21

Nom et prénom du malade : MAALA MINA Age: 58

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

Nature de la maladie : COVID-19

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  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA Le : 03-11-21

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation UNDP N° : A-A-215/2019





[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/9/2021	414,20

[illegible][illegible]

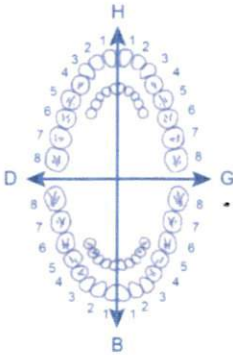
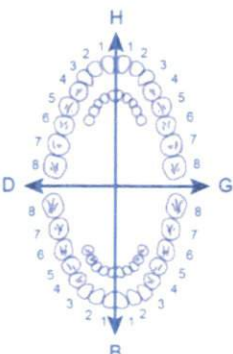
[REDACTED]

## RELEVÉ 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 canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>															
				Coefficient des Travaux	<input type="text"/>														
				Montants des Soins	<input type="text"/>														
				Début d'exécution	<input type="text"/>														
				Fin d'exécution	<input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">H</td></tr> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">B</td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des Travaux	<input type="text"/>
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	(Création, remont, adjonction) <small>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</small>			Montants des Soins	<input type="text"/>														
				Date du devis	<input type="text"/>														
				Date de l'exécution	<input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC



AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis  
مطحة جردة الوازيس

Casablanca, le 22/07/2021

PHARMACIE JERRADA

61, Bd Abderrahim Bouabid

Oasis - CASABLANCA

Tél.: 23.54.49 / 09.85.18

M<sup>me</sup> Maala Mina

1/ Azaïc 100 1cp amél'm  
pus 12cp 15 1d 67

279.70

2/ Cardiaspirine 100mg 1cp  
pus 12cp 15 1d 67

Cardiaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



215.30

3/ Vit C 1cp x 215 1d 1er  
semaine puis 1cp 15 1d 67

2330

4/ Zinacini 1cp 15 1d 67  
semaine puis 1cp 15 1d 67

123.60

5/ Ixum 40 1cp 15 1d 67

49.60

6/ D. au Site 10cp 15 1d 67

414.20

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

Site web : www.cliniquejerrada.ma - E-mail : direction@cliniquejerrada.ma

**Vita C1000®**

PPV 15DH30  
EXP 06/2024  
LOT 16080 14

**Vita C1000®**

PPV 15DH30  
EXP 07/2024  
LOT 16080 62

**ZINASKIN® 30** Comprimés effervescents

PPV 23DH30  
EXP 07/2024  
LOT 18053 11

**SYNTHEMEDIC**

22 rue zoubir benou el nouam roches  
noires casablanca

**INEXTIUM**

Cp GR

40 mg

Boîte 14

641/50WP/21NRQ P.P.V.: 123,60 DH

6 118001 020607

PPV: 49,60 DH  
LOT: 21F07  
EXP: 06/2024



# CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 22-09-2021

Facture N° 18624/21

## A. Identification

N° Dossier : CJO21122114501

N° Identifiant : 051287/21

Nom & Prénom : Mme MAALA MINA

C.I.N : F183904

Adresse : 14 RUE BELLOUCHE LAHCEN OASIS

## C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE :

Adresse :

## D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 22-09-2021

Date Sortie : 22-09-2021

Médecin traitant : DR . WAHID NAOUAL

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PARTIE CLINIQUE :						0,00
HONORAIRES MEDICAUX						
1	DR. WAHID NAOUAL (ANESTHESISTE REANIMATEUR)		400,00			400,00
Total Rubrique :						400,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						400,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL 400,00

QUATRE CENTS DIRHAMS

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

signature de l'assuré

