

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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° M20- 0007118

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01713 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ISMAIL LHASANE

Date de naissance : 01-07-1955

Adresse : LOT EL OUAFA N°56 DEROUA

Tél. : 0661155743 Total des frais engagés : 1015,08 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : M<sup>r</sup> ISMAIL LHASANE Age :

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

Nature de la maladie : Douleur

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 : DEROUA Le : 06/12/2022


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
27/11/22	soins dentaires		752,70	
22/2	facture			

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/11/22	222,30

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

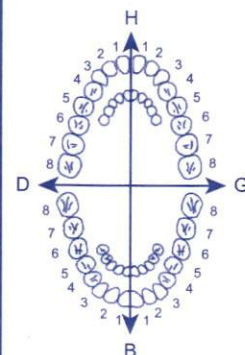
# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis  
مصحة جرادة الوازيس

Casablanca, le... 27-11-22

M<sup>r</sup> Ismaili Lhassane

De Leval

14 x 2h (SV)

**IXOR<sup>®</sup> 20 mg** 28 comprimés effervescents  
PPV 118DH50 EXP 02/2024  
LOT 10032 3

Ixor 20

14

Volgren

15

14 x 2h

LOT: M22080  
EXP: AVR 2026  
PPV: 66,80 DH

37,00

37,00

118,50  
(2)

66,80  
(2)

222,30

AKDITAL  
Clinique Jerrada Oasis  
مصحة جرادة الوازيس

DR BENYADI AZZEDINE  
Anesthésiste Réanimateur  
Clinique Jerrada Oasis

PHARMACIE BEN CHADLI SARLAU  
N° 210 LOT  
EL WAHDA II  
DEROUA  
Tél: 05 22 53 28 58



# CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 27-11-2022

Facture N° 22459/22

## A. Identification

N° Dossier : CJO22K27020606

N° Identifiant : 069997/22

Nom & Prénom : M. ISMAILI LHASSANE

C.I.N : D61430

Adresse : LOT EL OUAFA A H NR 56 DEROUA

## C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE :

Adresse :

## D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 27-11-2022

Date Sortie : 27-11-2022

Médecin traitant : DR . BENDADI AZZEDDINE

Traitement : Urgence

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	CONSULTATION		400,00			400,00
1	SALLE D URGENCE		100,00			100,00
1	ECG		200,00			200,00
Total Rubrique :						700,00
PHARMACIE INTERNE						
1	PHARMACIE		92,78			92,78
Total Rubrique :						92,78
PARTIE CLINIQUE :						792,78
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
TOTAL GENERAL						792,78

Arrêté la présente facture à la somme de :

SEPT CENT QUATRE-VINGT-DOUZE DIRHAMS SOIXANTE-DIX-HUIT CENTIMES

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

signature de l'assuré

Clinique Jerrada Oasis  
مركز جراحة العظام



# CLINIQUE JERRADA OASIS

Séjour : Du 27/11/2022 au 27/11/2022

Patient : M. ISMAILI LHASSANE

N° Dossier : CJO22K27020606

Organisme : PAYANT

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
ANDOL 1G INJ	18,80 Dh	1	18,80 Dh
BANDELETTE GLYCEMIE	4,00 Dh	2	8,00 Dh
GANT D'EXAMENT NITRILE LARGE B100	1,43 Dh	10	14,30 Dh
INTRANULE G20 ROSE	3,00 Dh	1	3,00 Dh
LANCETTE	1,00 Dh	1	1,00 Dh
OMEPRAZOLE NORMON 40MG	29,90 Dh	1	29,90 Dh
PERFUSEURS A/ROBINET (001)	6,84 Dh	1	6,84 Dh
SERINGUE 10 CC	2,00 Dh	2	4,00 Dh
TAMPON ALCOOLISÃ? (100)	0,60 Dh	2	1,20 Dh
TEGADERM 6CM*7CM INTRAVEINEUSE (REF 1623W)	5,74 Dh	1	5,74 Dh
			92,78 Dh

AKDITAL  
Clinique Jerrada Oasis  
مصلحة جراحة المازيس



GE

MAC600 1.02

ID :

I

aVR

V1

II

aVL

V2

III

aVF

V3

0.16-150Hz

25.0 mm/s

10.0 mm/mV

50Hz

71 bpm



27-nov-2022 2:05:30

ID :

Rythme sinusal avec bloc A-V du premier degré  
ECG normal par ailleurs

V4

V5

V6

Fréq. ventr.	71 bpm
Durée QRS	86 ms
QT/QTc	374/406 ms
Intervalle PR	258 ms
Durée P	126 ms
Intervalle RR	845 ms
Axes P-R-T	13 -4 72

4x2,5s

0

MAC600 1.02

12SL™ v239

MAC600 1.02

12SL™ v239