

# 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

- Reclamation : 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](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 20160 Société : ex Agent RAN  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : HADINE AHMED  
 Date de naissance : 19.12.1950 166 312  
 Adresse : Res. RAOUED AL AZZAHAR TMUSB  
Rue HAMOUDI M 201 STAPLE casa 302  
 Tél. : 06 67 16 92 61 Total des frais engagés : 896,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
*Professeur Hicham EL OTMANI  
 NEUROLOGUE - EEG/EMG  
 Clinique JERRADA - oasis  
 Tél: 06 67 17 33 11  
 INP : 091032391*

Date de consultation : ..... / .....

Nom et prénom du malade : HADINE AHMED Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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 : CASA

Le : 21/06/2023

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
05-06-2023	CS	300DH		Praticien Dr. Hassan OMANI Professeur Dr. Hassan OMANI NEUROLOGUE - EEG - OASIS Clinique JERRADA - Oasis Tél: 06 67 17 33 11 INP : 091032391

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACIE MANNESMAN Dr. Laila SEFACUI Mannesmane Pharm 4 Bd. Hassan II Mohammedia - Tel: 05 23 30 56 66 ICE : 00000000000000000000000000000000	05/06/23	596,00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

### 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'ODF.

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			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 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



**AKDITAL**

Clinique Jerrada Oasis  
مصحة جراده الوازيس

Casablanca, le.....

05/06/2023

Mr HADINE Ahmed

*2x298,-*  
**MADOPAR 250**

*1/2 Comprimé 3 fois par jour pendant 3 mois*

**PHARMACIE MANNESMAN**

D. Laila SEFRAOUI  
Mannesmane Plage, N° 4 Bd. Hassan II  
Mohammedia - Tél.: 05 23 30 56 66  
ICE : 00500931000058

~~Professeur Hicham EL OITMAN~~  
~~NEUROLOGUE - EEG/EMG~~  
~~Clinique JERRADA - Oasis~~  
Tél: 06 67 17 33 11  
INP : 091032391

*596,-*

EXP 02 2027  
Lot M4543M1  
MFD 02 2023

Distribué par Roche S.A.  
Bd. Sidi Med Ben Abdellah  
Ivoire 05, Casablanca Marina  
MADOPAR 200/50-100 comprimés  
P.P.V. : 298,00 DH



6 118001 050697

**PHARMACIE MANNESMAN**  
Dr. Laila SEFRAOUI  
Mannesmane Plage, N° 4 Bd. Hassan II  
Mohammedia - Tél.: 05 23 30 56 66  
ICE : 00500931000058

EXP 02 2027  
Lot M4543M1  
MFD 02 2023

Distribué par Roche S.A.  
Bd. Sidi Med Ben Abdellah  
Ivoire 05, Casablanca Marina  
MADOPAR 200/50-100 comprimés  
P.P.V. : 298,00 DH



6 118001 050697

ISO 9001  
BUREAU VERITAS  
Certification



# CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 05-06-2023

**Facture N° 11168/23****A. Identification**

N° Dossier : CJO23F05165239

N° Identifiant : 062203/22

**Nom & Prénom : M. HADINE AHMED**

C.I.N : B391835

Adresse : RUE IBNO HAZEM ESC A ETG RDC APT 302 RES RAOUD AZHAR MAARIF

Médecin traitant : DR . EL OTMANI HICHAM

**C. Débiteur**

page 1/1

**Organisme : Payant**

ICE : Adresse :

**D. Période d'Hospitalisation**

Date Entrée : 05-06-2023

Date Sortie : 05-06-2023

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PARTIE CLINIQUE : 0,00						
1	DR. EL OTMANI HICHAM (NEUROLOGUE)		300,00			300,00
Total Rubrique : 300,00						
300,00						

**PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :**

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 :

signature de l'assuré

Professeur Hicham EL OTMANI  
NEUROLOGUE - EEG/EMG  
Clinique JERRADA - Oasis  
Tél: 06 67 17 33 11  
INP : 091032391