

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.

M22- 0047164

Maladie

Dentaire

Optique

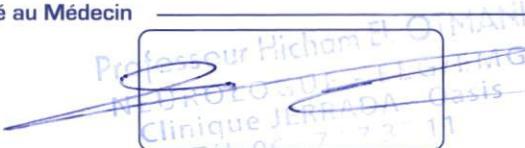
Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 001100 Société : Ex. Agent RAN
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : HADINE AHMED 175920
 Date de naissance : 19.12.1952
 Adresse : Res. RADOUAL A27 HAN, INAS B
 rue Moutouss 700 Maroc CASA 302
 Tél. : 06611769261 Total des frais engagés : 1996,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06.09.2023

Nom et prénom du malade : HADINE AHMED Age : 71

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : affection maladie Pathologie : ALD

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : Pathologie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : cas d'accident

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 : 19/09/2023

Signature de l'adhérent(e) : Signature

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

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
06/09/2013	CS	300 DH		PROFESSIONNEL DE LA SANTE OASIS
				DR. LAÏLA MRAOUI
				ANNESMANE
				MOHAMMEDI
				ICE : 000600931000058

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MANNESMAN	06.09.2013	59,6,00
Dr. Laïla MRAOUI		
Annèsmane Place 14 Bd. Hassan II		
Mohammed V 1000 05 23 30 56 66		
ICE : 000600931000058		

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

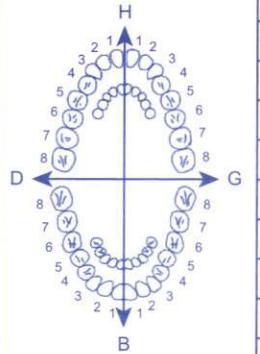
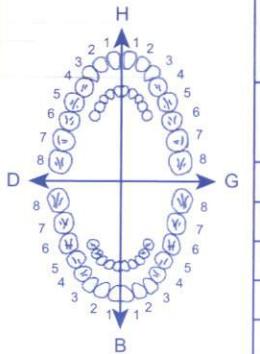
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552	
		00000000	00000000	
		00000000	00000000	
		35533411	11433553	
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				DATE DE L'EXECUTION



AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis
مصحة جراددة الوازيس

Casablanca, le.....

06/09/2023

Mr HADINE Ahmed

298,00 X 8

MADOPAR 250

1/2 Comprimé 3 fois par jour pendant 3 mois

596,00

Professeur Hicham EL OTMANI
NEELA ROCHE LEG/ENG
Clinique JERRADA - Oasis
Tél: 06 67 17 37 11
INP : 051002391

PHARMACIE MANNESMAN
Dr. Sidi Med BEN SERRAOUI
Mannesman Plaza, N° 4 Bd. Hassan II
ICE : 000500931000058
A9853

EXP 03/2027
Lot M4671M1
MFD 03/2023

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. Laïla SERRAOUI
Mannesman Plaza
Mohammed V
ICE : 0005000

EXP 01/2026
Lot M3465M1
MFD 01/2022

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



113, Boulevard Abderrahim Bousfiha
Tél. : 05 22 23 81 81 | 05 22 22 22
E-mail : cliniquejerradaoasis@akdital.ma

ISO 9001
BUREAU VERITAS
Certification



CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 06-09-2023

Facture N° 17157/23

A. Identification

N° Dossier : CJO23I06163712

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

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 06-09-2023

Date Sortie : 06-09-2023

Traitements :

Médecin traitant : DR . EL OTMANI HICHAM

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. : 05 22 23 81 81
INP : 05 22 23 81 82
Signature