

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

- 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.

M22- 0046871

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	2587	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		SARHANI Khadija	
Date de naissance :		18/03/1989	
Adresse :		Allée 3000, quartier Jemaa El Fna, Casablanca	
Tél. :		Total des frais engagés :	1000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	Professeur Hicham EL OTMANI NEUROLOGUE - EEG/EMG Clinique JIRADDA - Oasis Tél. 05 22 20 45 45
Date de consultation :	18/03/2019
Nom et prénom du malade :	SARHANI KHADIJA
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	affection
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC
Pathologie :	maladie
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 : _____ Le : _____ / _____ / _____

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
18/10/2023	EURO 120,00 Clinique JERRADA Tél: 06 77 17 33 11 INP : 0310-0001	Coef 300 OH	300,00	NEUROLOGIE - E-001 Clinique JERRADA Tél: 06 77 17 33 11 INP : 0310-0001

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TILILA Vois d'aménagement H.H 27 N°H Hay Laymoune, Hay Hassani - Casablanca Tél: 0522 938 684 - Gsm: 0993 676 000 ICE: 001551566000078 INPE: 092071976	18/12/2023	3271.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

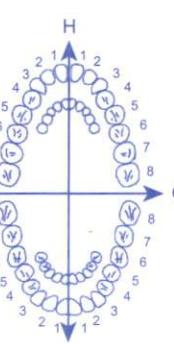
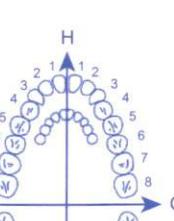
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, 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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 B 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

PHARMACIE TILILA

Voie d'Aménagement H.H 47 N° H

30 Compr. Hassani
LOT: 444 3.87 15
PER: 9/2025
PPV: 26 DH 80

18/10/2023

Casablanca, le.....

Mme SARHANI KHADIJA

126.80

NODEP 50 MG



1/2 Comprimé le matin pendant 1 semaine, puis 1 Comprimé
le matin

TROIS MOIS

Professeur Hicham EL OTHMANI
NEUROLOGUE - EEG/EMG
Clinique JERRADA - Oasis
Tél: 06 22 23 81 81
INP: 091032391

DAFLON



201.00

ENT2353621
EXP03/2024
DU VENDREDI 01/10/2024

Professeur Hicham EL OTHMANI
NEUROLOGUE - EEG/EMG
Clinique JERRADA - Oasis
Tél: 06 22 23 81 81
INP: 091032391

15 Jours

PHARMACIE TILILA

N° : 8115 1166PA

Le : 28.10.23

PHARMACIE TILILA

Voie d'aménagement H.H 27 N° H

Hay Laymoune, Hay Hassani - Casablanca

Tél: 0522 938 684 - Gsm: 0693 676 000

ICE: 00155166000078

INPE: 092071976

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 18-10-2023

Facture N° 20348/23

A. Identification

N° Dossier : CJO23J18165330 N° Identifiant : 077941/23
Nom & Prénom : Mme SERHANI KHADIJA
 C.I.N : B178123
 Adresse : LOT TADAMOUNE RUE 1 NR 12 OULFA CASA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 18-10-2023

Date Sortie : 18-10-2023

Traitemet :

Médecin traitant : DR . EL OTMANI HICHAM

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

PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :

Arrêté la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

signature de l'assuré

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