

# 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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

M22- 0046871

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2587 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : SARHANI Khadija  
 Date de naissance : 18/09/83  
 Adresse :  
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Professeur Hicham EL OTMANI  
 NEUROLOGUE - EEG/EMG  
 Clinique JIPRADA - Oasis  
 Date de consultation : 18/10/2023  
 Nom et prénom du malade : SARHANI KHAOUJA 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
18/10/2023		Co 300 DH		

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE TILILA</b> 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	18/10/2023	327,80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

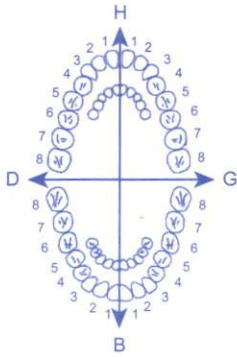
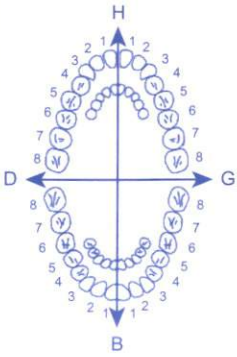
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

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 <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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">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																		
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis  
مصحة جرادة الوايس

PHARMACIE TILILA

Casablanca, le.....

Vois d'Aménagement H.H 47 N° H

Hay Hassani

18/10/2023

LOT: 444  
PER: AVR 2025  
PPV: 26 DH 80

Mme SARHANI KHADIJA

126.80

NODEP 50 MG



PHARMACIE TILILA

N°: 2115 166000078

Le: 28-10-23

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

PHARMACIE TILILA

Vois d'aménagement H.H 27 N°H

Hay Laymoune, Hay Hassani - Casablanca

Tél: 0522 938 684 - Gsm: 0693 676 000

ICE: 001551666000078

INPE: 092071976

TROIS MOIS

Professeur Hicham EL OTMANI  
NEUROLOGUE - EEG/EMG  
Clinique JERRADA - Oasis  
Tél: 06 77 733 11  
INP: 091032391

DAFLON



201.00  
327.80

LOT: 353021  
EXP: 03/2025  
PPV: 10 DH 00

Professeur Hicham EL OTMANI  
NEUROLOGUE - EEG/EMG  
Clinique JERRADA - Oasis  
Tél: 06 77 733 11  
INP: 091032391

Professeur Hicham EL OTMANI  
NEUROLOGUE - EEG/EMG  
Clinique JERRADA - Oasis  
Tél: 06 77 733 11  
INP: 091032391

ISO 9001

BUREAU VERITAS  
Certification



113, Boulevard Abderrahim Bouabid (Ex-Jerrada), Oasis, Casablanca  
Tél: 05 22 23 81 81 | 05 22 23 84 52/53/54 - Fax: 05 22 23 81 82  
E-mail: cliniquejerradaoasis@akdital.ma - Site web: www.cliniquejerrada.ma



# 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

Médecin traitant : DR . EL OTMANI HICHAM

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PARTIE CLINIQUE :						0,00

## HONORAIRES MEDICAUX

1	DR. EL OTMANI HICHAM (NEUROLOGUE)		300,00			300,00
Total Rubrique :						300,00

## PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :

300,00

Arrêté la présente facture à la somme de :

TOTAL GENERAL

300,00

TROIS CENTS DIRHAMS

signature de l'assuré

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