

# 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

- 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.

M23- 0027942

**Maladie**

**Dentaire**

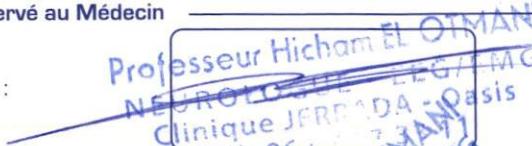
**Optique**

**Autres**

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	001200	Société :	EL AYED N.A.M
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : HADINE AHMED			
Date de naissance : 19/12/1983			
Adresse : RUE MAMOUN MAY - MARAUF CASABLANCA			
Tél. :	06 676 9261	Total des frais engagés :	836,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	13/12/2023	Age :	30
Nom et prénom du malade :	HADINE AHMED	Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
Affection longue durée ou chronique :	<input checked="" type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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 : 13/12/2023

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 13/12/2023

## **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
13/14/20 93	CS	300.00	Professeur NEUROLOGUE - Clinique JERRADA - Oasis Tél: 06 67 17 31 11 INP : 051052391	Dr. MAMANI

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MANNESMAN Dr SEFRAOUI Mannessman Village, N° 4 Bd. Hassan II Mohammedia - Tél.: 05 23 30 56 66 ICE : 000500931000058	13/12/2023	596,00

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### 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.

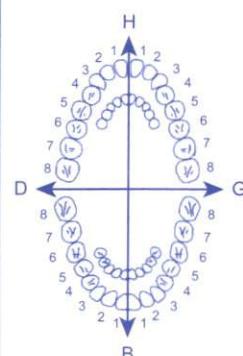
### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



### **[Création, remont, adjonction]**

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.....

13/12/2023

**Mr HADINE Ahmed**

298,00 X 2

MADOPAR 250

1/2 Comprimé 3 fois par jour pendant 3 mois

596,00

Presseur Itcham EL OMANI  
NEUROLOGIE FEC/EMG  
Clinique JERRADA - Oasis  
Tél: 06 67 17 33 11  
INP : 091332391

**PHARMACIE MANNESMAN**  
Dr. Laila SERRAOUI  
Mannesmane Plaza N° 4 Bd. Hassan II  
Mohammedia - Tel.: 05 23 30 56 66  
ICE : 000500931000058

**PHARMACIE MANNESMAN**  
Dr. Laila SERRAOUI  
Mannesmane Plaza N° 4 Bd. Hassan II  
Mohammedia - Tel.: 05 23 30 56 66  
ICE : 000500931000058

EXP 05 2027  
Lot M4783M1  
MFD 05 2023

6 118001 050697

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

EXP 05 2027  
Lot M4783M1  
MFD 05 2023

6 118001 050697



# CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 13-12-2023

**Facture N° 24933/23****A. Identification**

N° Dossier : CJO23L13150629

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 : 13-12-2023

Date Sortie : 13-12-2023

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

signature de l'assuré

Professeur Hicham EL OTMANI  
NEUROLOGUE - EEG/EMG  
Clinique JERRADA Oasis  
Tél: 06 67 17 33 11  
INP : 091052391