

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.

Biologie 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

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

N° P19-0046920

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1777 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OMARI NAÏMA

Date de naissance : 23/03/1952

Adresse : Habituelle

Tél. : 06.61.55.74 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Ali OUDGHIRI
Hépatogastro-entérologie
46, Bd Bn Anzarane, Ma
Casablanca - Tél: 052225

Date de consultation : 11/08/19

Nom et prénom du malade : OMARI Naïma Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Vertige et Vague

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 : CASABLANCA Le : 11/08/2019

Signature de l'adhérent(e) : Omani

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
11/08/19	Pharmacie		57,000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

11/08/19

571,00 DH

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
A M P C I M I V

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

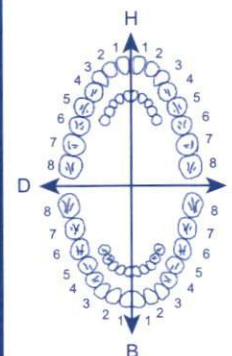
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

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

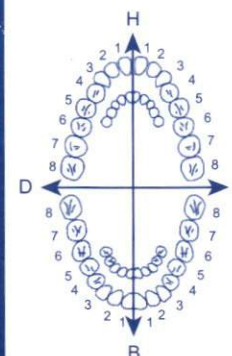
25533412 21433552
00000000 00000000

D 00000000 00000000 G
35533411 11433553

B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient
DES TRAVAUX

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



Casablanca, le 2e 11/8/10

Mr

OTARI Naima

Vopoleur 1c2S x 3/1
x 3-5/1

51100

Tanganil® 500 mg
تاغانيل® 500 ملغ
30 comprimés - قرص - 30
VTE: MA - PPV: 51DH00



Tanganil 10
1 - 1 -
x 10/1

Pulcea 20

1 gelule 6 x 10/1 un stop

Dr Ali OUDGHIRI
Hépatogastro-Entérologue
46, Bd Bouzarane, Mascara
Tél: 05222511

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 11-08-2019

Facture N° 14424/19

A. Identification

N° Dossier : 19H1118904

N° Identifiant : 013690/19

Nom & Prénom : Mme OMARI NAIMA

C.I.N :

Adresse : CASA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 11-08-2019

Date Sortie : 11-08-2019

Médecin traitant : DR. OUDGHIRI ALI

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
INTERVENTION						
1	FRAIS CLINIQUE		100,00			100,00
Total Rubrique :						100,00
PHARMACIE INTERNE						
1	PHARMACIE		57,06			57,06
Total Rubrique :						57,06
PARTIE CLINIQUE :						157,06
HONORAIRES MEDICAUX						
1	DR. OUDGHIRI ALI (GASTROLOGUE)		400,00			400,00
Total Rubrique :						400,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						400,00
TOTAL GENERAL						557,06

Arrêté la présente facture à la somme de :

CINQ CENT CINQUANTE-SEPT DIRHAMS SIX CENTIMES

Cachet et Signature

CLINIQUE JERRADA-OASIS
113, Av. Abderrahim Bouabid
Casablanca - Maroc
Tél : 0522 23 81 81 - Fax : 0522 23 81 82
E-mail : direction@cliniquejerrada.ma

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 11-08-2019

Facture N° 14424/19

A. Identification

N° Dossier : 19H1118904

N° Identifiant : 013690/19

Nom & Prénom : Mme OMARI NAIMA

C.I.N :

Adresse : CASA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 11-08-2019

Date Sortie : 11-08-2019

Médecin traitant : DR. OUDGHIRI ALI

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PHARMACIE INTERNE						
1	PHARMACIE		57,06			57,06
Total Rubrique :						57,06
PARTIE CLINIQUE :						
HONORAIRES MEDICAUX						
1	DR. OUDGHIRI ALI (GASTROLOGUE)		500,00			500,00
Total Rubrique :						500,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL
						557,06

CINQ CENT CINQUANTE-SEPT DIRHAMS SIX CENTIMES

Cachet et Signature



Séjour : Du 11/08/2019 au 11/08/2019

Patient : Mme OMARI NAIMA

N° Dossier : 19H1118904

Organisme : PAYANT

CLINIQUE JERRADA OASIS

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
CLOPRAME 10 MG INJECTA (10)	1,39 Dh	1	1,39 Dh
COMPRESSES STERIL 10X10/10 (01)	6,00 Dh	1	6,00 Dh
INTRANULE G20 ROSE (001)	3,00 Dh	1	3,00 Dh
INTRANULE G22 BLEU (001)	3,00 Dh	1	3,00 Dh
OMNIFIX 10CMX10M (SPARADRAP)	3,00 Dh	1	3,00 Dh
PARACETAMOL BBRAUN 1G	15,02 Dh	1	15,02 Dh
PERFUSEURS A/ROBINET (001)	11,00 Dh	1	11,00 Dh
SERINGUE DE 10CC (001)	3,00 Dh	1	3,00 Dh
TEGADERM LV 7 CM X 8.5 CM REF 1633	11,65 Dh	1	11,65 Dh
			57,06 Dh

CLINIQUE JERRADA OASIS
113, Ave. Abdelhakim Bouabid
CASABLANCA
Tel: 05 22 23 81 81 Fax: 05 22 23 81 82

CLINIQUE JERRADA OASIS

NOM DU PATIENT : Mme

OMARI NAIMA

DATE DE NAISSANCE :

23/03/1952

19H1118904



Reçu N° 21181

Paiement du 11/08/2019 14h07

Actes

Montant

557,06 Dh

Type de paiement

Espèce

Imprimé par : EL HARIRI MOHAMED Le
11/08/2019 14h07