

# 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. : 06.61.15.57.74 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Ali OUDGHIRI  
Hépto-Gastro-Entérologie  
46, Bd Bli Anzarane, M. 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) :

**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		400,00 57,00 100,00	<i>[Signature]</i>

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Signature]</i>	11/08/19	511,00 DH

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

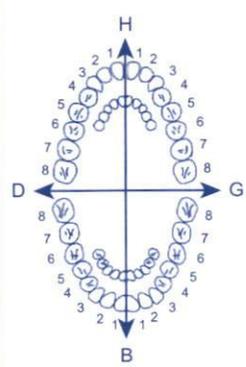
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	PC	IM	IV	

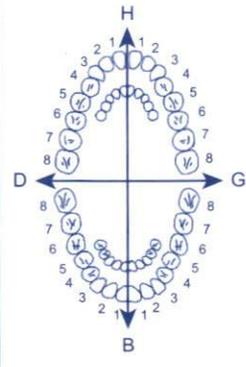
**RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

**Important :**

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 <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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<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																
	[Création, remont, adjonction] 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



Casablanca, le 2e 11/8/19

CLINIQUE JERRADA OASIS  
7-5, Ave. Abderrahim Bouabid  
Casablanca - Tél: 05 22 23 81 81

*Mr*

OUARI Naima

Vofolene 1c2S x 3/j  
x 3-5j

Tanganil 500  
1 - 1 -  
x 10j

Fulcea 20

Agelule 60 x 10j avec stop

5100  
Tanganil® 500 mg  
تاغانيل® 500 ملغ  
30 comprimés - قرص - 30  
VTE: MA - PPV: 51DH00  
6 118001 183340

Dr Ali OUDGHIRI  
Hépatologie-Gastro-Entérologie  
46, Bd Bouzarane, Maroc  
Casablanca - 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
<b>INTERVENTION</b>						
1	FRAIS CLINIQUE		100,00			100,00
Total Rubrique :						<b>100,00</b>
<b>PHARMACIE INTERNE</b>						
1	PHARMACE		57,06			57,06
Total Rubrique :						<b>57,06</b>
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						<b>157,06</b>
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>						
1	DR. OUDGHIRI ALI (GASTROLOGUE)		400,00			400,00
Total Rubrique :						<b>400,00</b>
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						<b>400,00</b>
Arrêté la présente facture à la somme de :						<b>TOTAL GENERAL 557,06</b>

CINQ CENT CINQUANTE-SEPT DIRHAMS SIX CENTIMES

Cachet et Signature



# 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

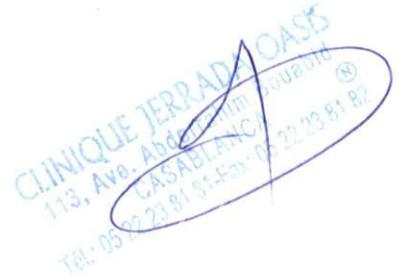
Médecin traitant : DR . OUDGHIRI ALI

Traitement :

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

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 (SPARADRAPS)	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
			<b>57,06 Dh</b>

CLINIQUE JERRADA OASIS  
113, Ave. Abdelrahim Jouahid  
CASABLANCA  
Tél: 05 22 22 81 81 Fax: 05 22 22 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