

## 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.



Déclaration de Maladie

N° W19-559131

ND: 36039

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique

Matricule : ..... Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : .....

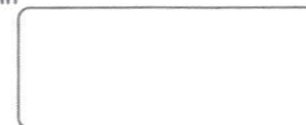
Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : .....

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

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

Nature de la 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'at-  
médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : ..... Le : ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-559131

Remplissez ce volet, découpez le et conservez-le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute  
réclamation ultérieure.

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

### 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.

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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.



## Déclaration de Maladie

N° W19-463903

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9667 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : MASMOUDI YASMINA  
 Date de naissance : 10/01/68  
 Adresse : ANGLE ABOUAL WAER et Boul Tan Tan AS ANNON  
 Imm 1A pt 303 - Bourgogne - cedex  
 Tél. : 0667441250 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. CHARIE CHEFCHAOUNI Souhail  
 Anesthésiste Réanimateur  
 Al Hayat Oasis Clinic  
 Tél.: 05 22 999 444-Fax: 0522 25 46 13

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

C.P.A.

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) :



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Missionnaire
11/02/2017	Consultation	1	1850,00	<p>AL HAYAT OASIS CLINIC</p> <p>N° INPE 090061953</p> <p>29 Rue Rostand Quartier Oasis</p> <p>Asseblance Tél (+212) 0522 999 444</p>
11/02/2017	Examen	1	180,00	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
11/02/2017	09/02	230177	230177

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <p>H</p> <table border="1"> <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> <p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# ORDONNANCE

Dr:

Dr. CHARIF CHEFCHAOUNI Souheil  
Anesthésiste Réanimateur  
Al Hayat Oasis Clinic  
Tél.: 05 22 999 444-Fax: 0522 25 46 13

Date : 11/02/2020

Nom et Prénom du patient :

MASMOUDI

Yasmine

Age : 12 an.

- grossesse
- TV
- TCK
- NFS

Laboratoire GENELAB "Oum Rabir"

110220-066



MASMOUDI Yasmine  
D.N : 01/10/1968

M. BENAZZOZ  
Oum Rabir  
Laboratoire Genelab  
Ras. Abdou Oum Rabir  
Tél.: 05 22 93 10 61  
Fax: 0522 25 46 13  
ICE : 001004109000068

Dr. CHARIF CHEFCHAOUNI Souheil  
Anesthésiste Réanimateur  
Signature  
Al Hayat Oasis Clinic  
Tél.: 05 22 999 444-Fax: 0522 25 46 13

**LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES GENELAB "Oum Rabiaâ"****Docteur Mohamed BENAZZOUZ****Pharmacien Biologiste**

Téléphone : 05 22 93 10 60/0522905937/ Fax : 05 22 93 10 61

Mobile bureau : 0661763068/Watsapp 0676845202

**Bd.Oum Rabiaâ EL Oulfa (En face siège R.A.M)- Rce Abouab Oum Rabiaâ, Imm "C" - Casablanca,**  
**genelab2@gmail.com****ICE:001084109000068 - Patente : 35051078 - INPE\_bio : 097163968 - INPE\_labo : 093001394- IF : 51485800****FACTURE****Casablanca , le 11/02/2020****Facture N° 110220-066 du 11/02/2020****MUPRAS****Dr : ALHAYAT OASIS CLINIC**

N°Bon de soin

Mle

**Patient :Mme MASMOUDI Yasmine**

Analyses	Valeur en B	Montant
HEMOGRAMME:valeurs correspondantes à l'âge	80	71,20
GROUPE SANGUIN ET RHESUS	80	71,20
TAUX DE PROTHROMBINE	40	35,60
TEMPS DE CEPHALINE ACTIVATEUR	40	35,60
<b>Total B</b>	<b>240</b>	<b>213,60</b>
<b>APB</b>	<b>1,5</b>	<b>17,27</b>
<b>Total</b>		<b>230,87</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :***Deux cent trente dirhams 87 centimes\*\*\***

*Stamp: Laboratoire Genelab, M. BENAZZOUZ, Rce Abouab Oum Rabiaâ, Imm "C" - Casablanca, 05 22 93 10 60, 0661 76 30 68, 0676 84 52 02, ICE: 001084109000068, Patente: 35051078, INPE\_bio: 097163968, INPE\_labo: 093001394, IF: 51485800*



# ALHAYAT OASIS CLINIC

Clinique Multidisciplinaire  
29 Rue Rostand, Quartier Oasis-Casablanca  
TEL: 0522.999.444 / FAX : 0522.254.613 OU 254.504

## F A C T U R E

N° 445 / 2020 du 11/02/2020

Nom patient : MASMOUDI YASMINE

Entrée 11/02/2020

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 11/02/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS				
FRAIS CLINIQUE	1,00	FRAIS CLINI	50,00	50,00
ECG	1,00	ECG	100,00	100,00
			Sous-Total	150,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT CINQUANTE DIRHAMS

Total 150,00

Immatriculation

Part organisme 0,00

Affiliation

N° prise en charge :

Part patient 150,00

مصحة الحياة  
AL HAYAT OASIS CLINIC  
N° 090061953  
29 Rue Rostand Quartier Oasis  
Casablanca Tél: 0522 999 444

# ALHAYAT OASIS CLINIC

Clinique Multidisciplinaire  
29 Rue Rostand, Quartier Oasis-Casablanca  
TEL: 0522.999.444 / FAX : 0522.254.613 OU 254.504

## F A C T U R E

N° 445 / 2020 du 11/02/2020

Nom patient : **MASMOUDI YASMINE**

Entrée 11/02/2020

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 11/02/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS				
FRAIS CLINIQUE	1,00	FRAIS CLINI	50,00	50,00
ECG	1,00	ECG	100,00	100,00
			<b>Sous-Total</b>	<b>150,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT CINQUANTE DIRHAMS

**Total 150,00**

Immatriculation

Part organisme **0,00**

Affiliation

N° prise en charge :

Part patient **150,00**

مصحة الحياة  
AL HAYAT OASIS CLINIC  
INPE 090061953  
29 Rue Rostand Quartier Oasis  
Casablanca Tél (0212) 0522 999 444

Dr. CHARIF CHAFCHAOUNI Mohamed Souhail  
Anesthésiste – Réanimateur

Casablanca, le:  
11/02/2020

### Note d'honoraires

Consultation ORL Anesthésie + ECG

350,00 DA

Dr. CHARIF CHAFCHAOUNI Souhail  
Anesthésiste Réanimateur  
Al Hayat Oasis Clinic  
Tél.: 05 22 999 444 Fax: 0522 25 46 13

---

Casablanca – Tel: 0661.377.277



JEM 10/8/2020

DR30

FC 69/min

5 leads set / on MDS mode 12/20/20

I

II

III

AUR

AUL

AUF

U1

U2

U3

U4

U5

U6

03 Sep 1971 06:23:52

25mm/s

10mm/mV

ADS

50Hz

0.08 - 40Hz

12 FS

Mode auto

U5.21 M12i (1)