

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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

N° W19-430954

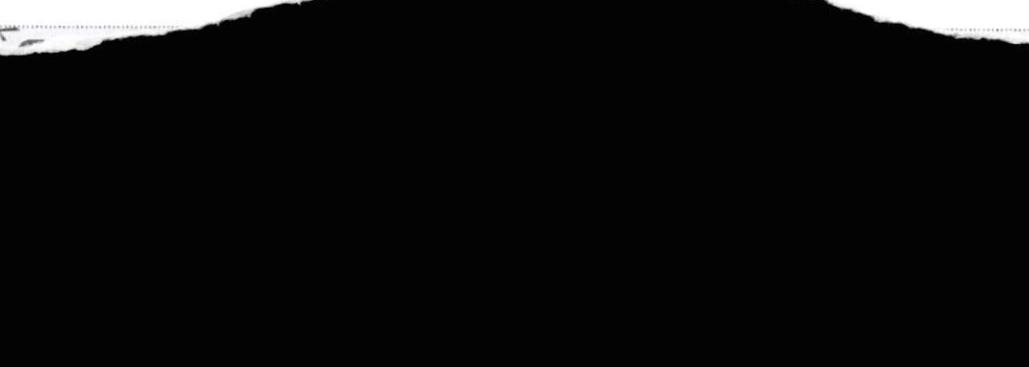
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <i>102602</i>	Société : <i>R.A.M.</i>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <i>ALAHAYAN, Amine</i>			
Date de naissance : <i>28/10/1987</i>			
Adresse <i>Lot. EL ismailia Rue 5 n 31 etg 3 californie Casablanca</i>			
Tél. : <i>0664408970</i>	Total des frais engagés : <i>1300/00</i> Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<i>Dr. DIBOUR M. - CHIRURGE PLASTIQUE - CASABLANCA - 28/10/2019</i>			
Date de consultation : <i>28/10/2019</i>			
Nom et prénom du malade :			
<i>Sams Je brûlure</i>			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> 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'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) :



### 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
01/07/2019	1039111300			INP : 1039111300



### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

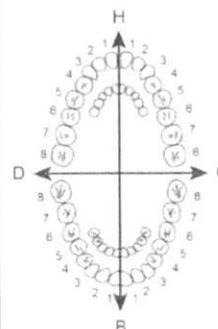
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

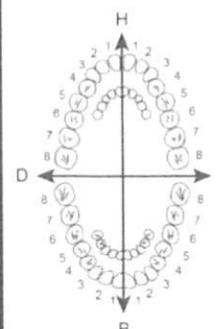
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MONTANTS DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

# Clinique Pédiatrique Ajial

Casablanca Le: 05/07/2019

Facture N° 3741/19

Etablie par ZINEB RECEPTION Page 1/1

## Identification

N° Dossier : X9G0510008

MUPRAS

N° Identifiant : 19066785/19

**Nom & Prénom : ALAHAYANI RADIA**

C.I.N. : BL79157

Date Début : 05/07/2019

Date Fin : 05/07/2019

Adresse : CASA

Traitemet : Brûlure

Médecin : DIOURI MOUNA

Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
<b>ACTES CHIRURGICAUX</b>					
K20	1	650,00			650,00
		Total Rubrique :			650,00
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>					
					<b>650,00</b>
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>					
Pr. DIOURI MOUNA (CHIRURGIE PLASTIQUE)	1	650,00			650,00
		Total Rubrique :			650,00
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:</b>					
					<b>650,00</b>
<b>TOTAL FACTURE</b>					
					<b>1 300,00</b>

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

*Mille trois cents Dirhams*

Cachet et signature



Réalisation d'un pansement  
proinflammatoire afin  
de guider la cicatrisation  
dirigée.

Pansement à faire dans  
48 heures. - Traité par à posseur  
Alimentation hyper calorique,  
hyper protidique

Dr. MICHAEL DUNN  
Prosthetist  
Orthodontist  
Periodontist  
Dental Implants

Health • Blous Jupes ++  
parcours ou n'importe quel  
en cours de vaccination  
Aujourd'hui a 17 ← les soins  
soins généraux de l'immunité  
SC = 13 %. Et la date  
et du nombre suivante  
des soins du cœur de faire  
l'arrêt le 28/06/19 accès  
future thérapie pour éviter de  
(Ajais)

05/07/2019 Casablanca, le :

CLINIQUE PEDIATRIQUE  
Rue 9 Jipji 3200



AJIAL JIPJI

**AJIAL** أجيال



مصحة الطفل والرضيع  
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le :

es/07/2019

## **NOTE D'HONORAIRE**

Dr. DIGURI Mouria

Professeur

Faculté de médecine et d'odontologie

Le Docteur.....

A l'honneur de présenter ses meilleurs salutations à

..... ALAHYANI ..... QADIA .....

Et lui adresse l'usage, sa note d'honorai...re.

Soit la somme de..... 65 DHS

SIGNATURE