

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8.669 Société : R.A.M
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : T. AUFIK Hicham
 Date de naissance : 10/03/1972
 Adresse : HAY EL AMARIA 1777329 Rue 1
TR N OTOK Casablanca
 Tél. 06.73.73.58.97 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/09/2019

Nom et prénom du malade : T. AUFIK MED ABDELLAH HICHAM Age : 09.11.015

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Bronchite

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHARM CURE N° 600 LOES HAMRA 2 AV AL HABIB AIN CHOCK - CASABLANCA 50 65 10 / 06 22 21 02 12	15/09/19	1610,30

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 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 <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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'EXECU

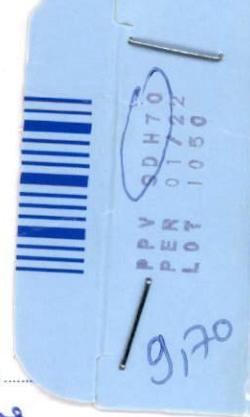
AJIAL أجيال



مصحة الطفل والرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebâa Casablanca
Enterogermina, susp b 10 ml
PPV: 60,00 DH
Barcode: 6 118001 081653

0 1 2 2
H 2 0 0
0 1 0 5
0 0 1 0
0 1 0 0
0 0 1 0
0 0 1 0
0 0 1 0



Casablanca, le :

Mohamed Abderrazek

70.60

1 - Augmentin 500 mg



Age = 11 m
P = 9 kg

1 dose (g) x 3

9.70

2 - Doliprane 100 mg



+ 8 jours

PHARMACIE CHARN CHEIKH JARO
N° 600 LOTS HAMRA 2 AV AL 2000
AIN CHOCK - CASABLANCA
TELE: 02 25 06 51 06 22 21 02 18



2

+ 5 jours

Pr. LEHLLIM
Protocole
Pediatre

347, Boulevard Panoramique, Casablanca - Maroc
Tél. : +212 522 87 81 81 / +212 522 21 00 21 / Fax : +212 522 87 25 00
direction@clinique-ajial.ma / www.clinique-ajial.ma



PPV: 70,60 DH
LOT: 614347
PER: 11/2020

Liste I. Uniquement sur ordonnance
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

GlaxoSmithKline Maroc, Ain El Aouda, Région de Rabat.
Information médicale : GlaxoSmithKline Maroc, 42-44 Angle Bd Rachidi et
Rue Abou Hamed Al Ghazali, Casablanca 20.000

AJIAL أجيال



مصحة الطفل و الرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le :

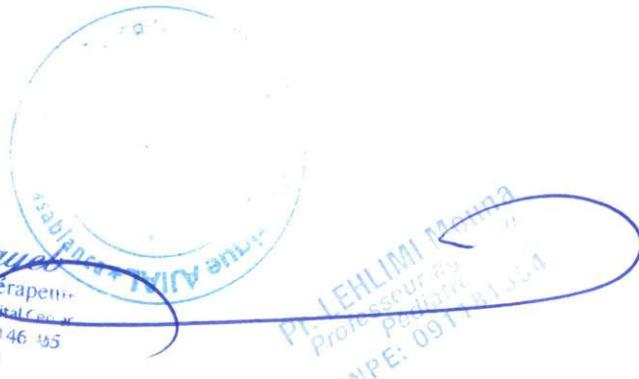
15/05/19

Traoufik Mnd Abdellah

Enfant tomber

kiné . reposition

Aziza Boutayeb
kinésithérapeute-Physiothérapeute
Bd Abdelmoumen-416 Anoual Capital Casablanca
Tél:0522 986 699-GSM: 066 1 146 45
ICE: 001583505000055



DATE: 15/09/2019

NOTE D'HONORAIRE

Nom Médecin : Pr. LEHLIMI MOUNA

Adresse Professionnelle:

Ville Professionnelle : Tél :

Spécialité : PEDIATRE N° C.N.S.S. :

I.F. : Taxe Prof. : I.C.E. :

N° Facture : N° Dossier : X911513865

Patient : TAOUIK MOHAMED ABDERAHMAN

Montant honoraire : 250.00

Pr. LEHLIMI Mouna
Professeur à l'U.P.S.
Pédiatre
INPE: 091181364

Clinique Pédiatrique Ajial

Casablanca Le : 15/09/2019

Pré-Facture N° 43366

Etablie par WIDAD ACCUEIL Page

1/1

Identification

N° Dossier : X9I1513865

MUPRASI

N° Identifiant : 19099807/19

Nom & Prénom : TAOUIFIK MOHAMED ABDERAHMAN

C.I.N. : DF

Date Début : 15/09/2019

Date Fin : 15/09/2019

Adresse :

Traitements :

Médecin : BOUTAYEB AZIZA

Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
-------------	-----	---------	------	------	---------

MEDICAL

Frais clinique	1	200,00			200,00
					Total Rubrique :
					200,00

PARTIE CLINIQUE :

200,00

HONORAIRES MEDICAUX

Dr. BOUTAYEB AZIZA (KINESITHERAPEUTE)	1	150,00			150,00
Pr. LEHLIMI MOUNA (PEDIATRE)	1	250,00			250,00
					Total Rubrique :
					400,00

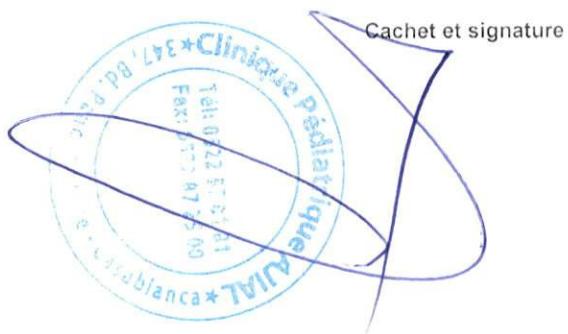
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:

400,00

TOTAL FACTURE		600,00
---------------	--	--------

Arrêtée la présente Pré-Facture à la somme de :

Six cents Dirhams



DATE: 15/09/2019

NOTE D'HONORAIRE

Nom Médecin : Dr. BOUTAYEB AZIZA

Adresse Professionnelle: ANOUAL CAPITAL CENTER

Ville Professionnelle : CASA

Tél :

Spécialité : KINESITHERAPEUTE

N° C.N.S.S. : 5531597

I.F. : 18752865

Taxe Prof. : 34712558

I.C.E : 001582505000055

N° Facture :

N° Dossier : X911513865

Patient : TAOUIK MOHAMED ABDERAHMAN

Montant honoraire : 150.00

Aziza Boutayeb
kinésithérapeute-Physiothérapeute
Bd Abdelmoumen 416 Anoual Capital Center
Tél: 0522 986 699-GSM: 0661 46 165
ICE: 001583505000055