

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.

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.

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

Des n° 11296.

Déclaration de Maladie : N° P19- 0015608

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12950

Société : DAf

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Beulhia Hassan

Date de naissance :

Adresse : 187 Bd. Abdelmoumen, résidence Umedli prc Zuc, Apt 78

Tél. : 0661 394 130

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 04 DEC. 2019 Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Prone anorexie sur le stress

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
26/11/99	K 20		650 JH	Dr. OMAR JAMAL 340, Bd. Hassan II Casablanca Téléphone: 0524 661 444
00	+		650 JH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		Casablanca

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

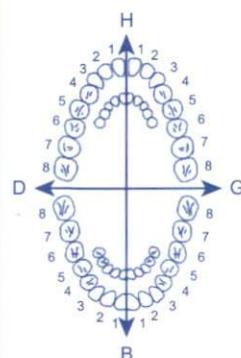
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

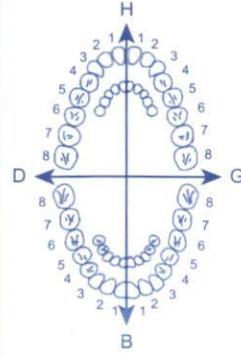
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 de l'ORL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				

OD.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552		
		00000000	00000000		
	D	00000000	00000000		
		35533411	11433553		
	B				
	G				

[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					DEBUT D'EXECUTION	

DATE DU DEVIS						FIN D'EXECUTION	

DATE DE L'EXECUTION						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

AJIAL أجيال

19,00
مصحة الطفل والرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le 24 Nov 19

BENKSIRAN. Zineb.

P: 14 kg

19,00
G Normal sans symptomes
1er visite

19,00
G Recrudescence
2e visite



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

Clinique Pédiatrique Ajial

Casablanca Le : 24/11/2019

Pré-Facture N° 47658

Etablie par WIDAD ACCI HI Page 1/1

Identification

N° Dossier : X9K2417829

MUPRASJ

N° Identifiant : 191112370/19

Nom & Prénom : BENKIRAN ZINEB

C.I.N. : DF

Date Début : 24/11/2019

Date Fin : 24/11/2019

Adresse :

Traitemet :

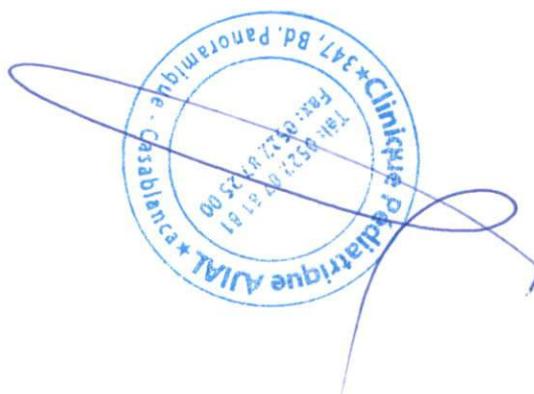
Médecin : JAMAI OMAR

Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
MEDICAL					
Points de suture	1	650,00			650,00
		Total Rubrique :			650,00
PARTIE CLINIQUE :					
HONORAIRES MEDICAUX					
Dr. JAMAI OMAR (CHIRURGIEN INFANTILE)	1	650,00			650,00
		Total Rubrique :			650,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:					
		TOTAL FACTURE			1 300,00

Arrêtée la présente Pré-Facture à la somme de :

Mille trois cents Dirhams

Cachet et signature



أجيال AJIAL



مصحة الطفل والرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le 24 Nov 19

Benkiran Zineb.

Re: Please attach Sunnah

Re: Please attach Sunnah

CRG



en cours en cours

(6)

Signature

Docteur Omar JAMALI
CLINIQUE AJIAL
340 Bd Brahim Roudani
Délégations : 0522 99 24 24
0522 99 24 24

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