

# 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

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 : DART

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Beulieu Hassan Date de naissance :

Adresse : 187 Bd Abdou Moumoune, résidence Urdil Parc Buc, Ap 178

Tél. : 0661394130 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04 DEC 2019

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Pense arthrose sur le bras

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 Médecin attestant le Paiement des Actes
24/11/19	K 20		650 dh	
80	+		650 dh	
	R			

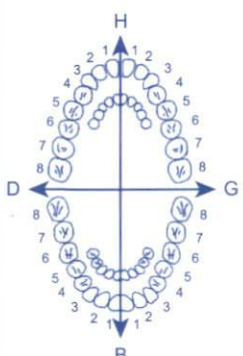
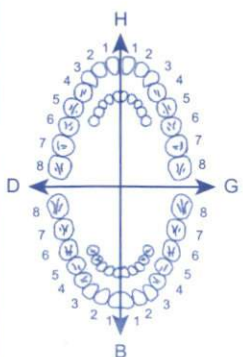
[illegible][illegible][illegible]

# 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'...

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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			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																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# أجيال AJIAL

19,00  
مصحة الطفل و الرضيع  
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le 24 nov 19

BENKIRON. Ines.  
P: 14kg.

19,00

③ Nmedal shops.  
10x2 2x1j 5j

103,16 ③ breakfast cereal.  
2x1j 5u → 5j.

Docteur Omar JAMAI  
CHIRURGIEN PEDIATRE  
340, Bd. Brahim Roudani  
Tél. / Fax : 0522 99 44 99  
Urgences : 0661 14 74 33



# Clinique Pédiatrique Ajial

Casablanca Le: 24/11/2019

**Pré-Facture N° 47658**

Etablie par WIDAD ACCIFI Page 1/1

Identification

N° Dossier : X9K2417829

MUPRAS

N° Identifiant : 191112370/19

**Nom & Prénom : BENKIRAN ZINEB**

C.I.N. : DF

Date Début : 24/11/2019

Date Fin : 24/11/2019

Adresse :

Traitement :

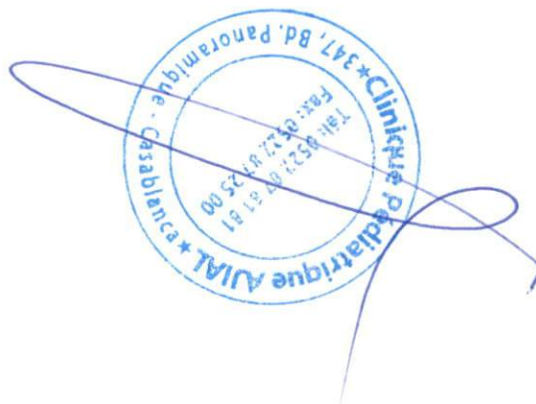
Médecin : JAMAI OMAR

Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
<b>MEDICAL</b>					
Points de suture	1	650,00			650,00
Total Rubrique :					650,00
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>					<b>650,00</b>
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>					
Dr. JAMAI OMAR (CHIRURGIEN INFANTILE)	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 Pré-Facture à la somme de :

*Mille trois cents Dirhams*

Cachet et signature





أجيال AJIAL



مصحة الطفل و الرضيع  
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le 24 Nov 19

Benkiran Zineb.

RC Pense arrech Samir

Hch. Zouge et ontou Kco.

RC



Signature et ontou s engants  
Sémas singly Zouge (G).

Docteur Omar JAMMAL  
CLINIQUE PEDIATRIQUE  
340, Bd. Bahin Rouyat  
Tél / Fax : 0522 99 14 14  
Urgences : 0661 14 14 14