

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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

ND: 38315

Déclaration de Maladie : N° P19-0004438

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12531

Société : ATM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Roussi Bachir Date de naissance : 21-12-1986

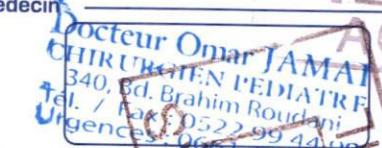
Adresse : Case grise Four la regers 1 av 33

Tél. : 06 64 33 61 94

Total des frais engagés : 1013,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



ACCUEIL
MUPRAS
RECEPTIONS

Date de consultation : 06/07/2020

Nom et prénom du malade : ROMA

Age : 2 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

ROMA

15/07/2020

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 : Casablanca

Le : 07/07/2020

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
06.07.2020	22.22	Kis HR PC VFN	+ \$1000,025 + \$1000,025	Dr. Omar JAMALI 3400 Avenue Rihm Road Tel: 052-244-1111 Fax: 052-244-1111

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	6-7-22	18,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

O.D.F
PROTHESES DENTAISES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

AJIAL أجيال



مصحة الطفل و الرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le : 06.07.2011

Romim Rissa.

20ms

16)g.

1pt

Galmed shop

10x23x15g

(c) Backspun



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

AJIAL أجيال



مصحة الطفل و الرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

2

Casablanca, le :

06.02.2020.

NOTE D'HONORAIRE

Le Docteur Jamai Omar

A l'honneur de présenter ses meilleures salutations à

Rosine Rita

Et lui adresse l'usage, sa note d'honoraire.

Soit la somme de 500,00 DHS

SIGNATURE

Docteur Omar JAMAI
CHIRURGIEN PEDIATRE
340, Bd Brahim Roudani
Tél. / Fax : 0522 89 44 99
Urgences : 0661 14 74 33

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

AJIAL أجيال



مصحة الطفل والرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le : 06.07.20

Romish Rita.

2 ans.

RC Rose scalp.

DR Rouge et noir. 1/25

C80, SI AL.

Rouge sur les ailes
et dans les 2 oreilles

Virus lymphocytique 4/8



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 : 06/07/2020

Facture N° 2494/20

Etablie par NAJWA ACCEUIL Page 1/1

Identification

N° Dossier : XOG067989

MUPRASI

N° Identifiant : 20075120/20

Nom & Prénom : ROUSSI RITA

C.I.N. : MCC

Date Début : 06/07/2020

Date Fin : 06/07/2020

Adresse :

Traitemen t :

Médecin : JAMAI OMAR

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

MEDICAL

K15	1	500,00			500,00
Total Rubrique :					500,00

PARTIE CLINIQUE :

500,00

HONORAIRES MEDICAUX

Dr. JAMAI OMAR (CHIRURGIEN INFANTILE)	1	500,00			500,00
Total Rubrique :					500,00

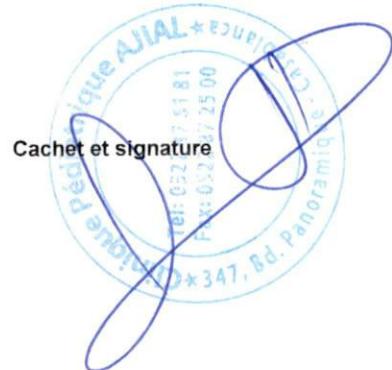
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:

500,00

TOTAL FACTURE	1 000,00
----------------------	-----------------

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Mille Dirhams



Cachet et signature

Bouc' Soulos.

Co. 86n 9607-07-2

CEN. 8277453

M^G 12531

Bordeur,

je porte à votre connoissance que
ma fille s'est blessée hier en sortant du 06.02.20
en rentrant à la maison.

Soulos Roux

