

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-797933

175598



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 126.15

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MAKHSOUD SAMI

Date de naissance :

26.04.1986

Adresse :

N° 40 Tolisseneur Sifihamra, Boul. Abdellah

Tél. :

0663 199574

Total des frais engagés : 4.100,00 DT Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

8/9 2022

Nom et prénom du malade :

MAKHSOUD ILYAN

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

flac ascadi mycotoxik club local.

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 : 1/10/2022

Signature de l'adhérent(e)



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant l'exécution des Actes
8/9/93	dk 11	pediatrique	1000	DR CHOUAIB JAQUAD Chirurgien Pédiatre Bd. Yacoub Al Mansour Al Antala 83 Apt. 9 53 35 06 6 11 10 87 INP 091042270
	+H.M			

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				Coefficient des travaux <input type="text"/>	
				Montants des soins <input type="text"/>	
				Début d'exécution <input type="text"/>	
				Fin d'exécution <input type="text"/>	
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		Coefficient des travaux <input type="text"/>
			$ \begin{array}{r} H \\ 25533412 \quad 21433552 \\ 00000000 \quad 00000000 \\ \hline 00000000 \quad 00000000 \\ 35533411 \quad 11433553 \end{array} $		Montants des soins <input type="text"/>
			(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis <input type="text"/>
					Date de l'exécution <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Clinique Pédiatrique Ajial

Casablanca Le : 08/09/2023

Pré-Facture

Etablie par ZAHIRA RECEPTION Page 1/1

Identification

N° Dossier : X3I0816272

MUPRASI

N° Identifiant : 22032393/22

Nom & Prénom : MAKHSOU ILYAN

C.I.N. : SDVCVCF

Date Début : 08/09/2023

Date Fin : 08/09/2023

Adresse :

Traitemen : Consultation

Médecin : CHOUAIB JAOUAD

Prestations

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

MEDICAL				
K15	1	500,00		500,00
				Total Rubrique : 500,00
PARTIE CLINIQUE :				
HONORAIRES MEDICAUX				
Dr. CHOUAIB JAOUAD (PEDIATRE)	1	500,00		500,00
				Total Rubrique : 500,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:				
				TOTAL FACTURE 1 000,00

Arrêtée la présente Pré-Facture à la somme de :

Mille Dirhams

Cachet et signature



AJIAL أجيال



مصحة الطفل و الرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le :

8/9/23

MAKHFIYAH ILYAN

Place de l'as cad
nou chke dle

Mettayer - 1 pt d
ntr hites
Rfb





مصحة الطفل والرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le : 06/09/23

NOTE D'HONORAIRE

Le Docteur Rés. Al Mansour
Tél: 05 21 41 33 33

A l'honneur de présenter ses meilleures salutations à

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

Soit la somme de..... 500.00....DHS

SIGNATURE

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