

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

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.

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



## Déclaration de Maladie

N° W21-797629

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8730 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MEBOUL NOUREDDINE

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066 518 1842 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : 20 / 08 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



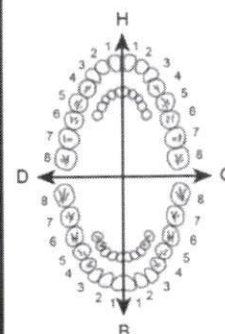
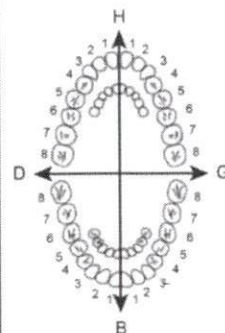
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/08/23	voir facture		2200,00	IMP: 0000062321
	si-jule N° 3966/23			

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>						
<b>Cachet et signature du Particien</b>	<b>Date des Soins</b>	<b>Nombre</b>				<b>Montant détaillé des Honoraires</b>
		<b>A M</b>	<b>P C</b>	<b>I M</b>	<b>I V</b>	

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

	H	
	25533412   21433552	
	00000000   00000000	
D		G
	00000000   00000000	
	35533411   11433553	
	B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

FIN  
D'EXECUTION

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Clinique Pédiatrique Ajial

Casablanca Le : 10/08/2023

**Facture N° 3966/23**

Etablie par AMINA FACTURATION Page 1/1

**Identification**

N° Dossier : X3H1014113

MUPRAS

N° Identifiant : 23088182/23

**Nom & Prénom : MEHTOUL YAHIA**

C.I.N. : BE495119

Date Début : 10/08/2023

Date Fin : 10/08/2023

Adresse : CASA

Traitement : Consultation

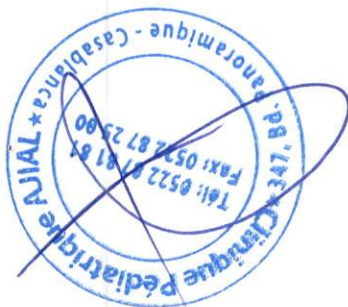
Médecin : SIBAI HICHAM

Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
<b>ACTES CHIRURGICAUX</b>					
Acte chirurgical	1	2 200,00			2 200,00
Total Rubrique :					2 200,00
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>					<b>2 200,00</b>
<b>TOTAL FACTURE</b>					<b>2 200,00</b>

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Deux mille deux cents Dirhams

Cachet et signature





# أجيال AJIAL



مصحة الطفل و الرضيع  
CLINIQUE PEDIATRIQUE  
COMPTE RENDU OPERATOIRE

DATE : 10/08/2023

NOM - PRENOM : MEBTOUL Yahya

INDICATION : Phimosi

INTERVENTION : Circoncision

CHIRURGIEN : Pr h. Sibai

ANESTHESISTE REANIMATEUR : Pr S. Nejmi

---

Sous anesthésie générale et bloc pénien.

Excision de l'excès de peau puis de muqueuse.

Recoupe de la muqueuse

Hémostase

Points muco-cutanés au vicryl rapide 5/0

Crème et pansement

