

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ctique :

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.

ntaire :

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.

aladie 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 caractére 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

Nº P19- 052843

ND: 32898

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8814 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Amor ghali

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 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 Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Amor Youcef

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-052843

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

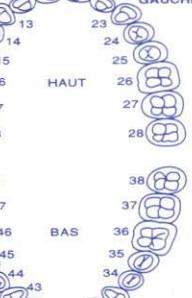
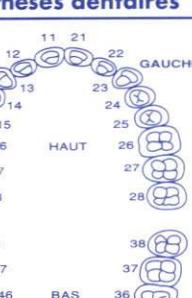
Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODT

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient
			Coefficient des travaux <input type="text"/>
			Montant des soins <input type="text"/>
			Début d'exécution <input type="text"/>
			Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	Coefficient des travaux <input type="text"/>
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		
	Montant des soins <input type="text"/>		
	Date du devis <input type="text"/>		
	Fin d'exécution <input type="text"/>		



P17 / 0063041

DATE DE DEPOT

8 / 7 / 2012

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 8214	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom..... AITOU YOUSSEF GHALI			
Fonction..... CDR	Phones..... 06.61.31.83.71		
Mail..... amor.ghali@gmail.com			
MEDECIN	Prénom du patient..... Amor YOUSSEF		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	Age..... 15 ans
Nature de la maladie		Date..... 08/07/2020	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Date 1ère visite	
<p>Télé: 0522 87 81 83 Fax: 0522 87 25 00</p>			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
2807	100	2800,00	
PHARMACIE	Date.....		
Montant de la facture			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date..... 11/07/2020	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date.....	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Clinique Pédiatrique Ajial

Casablanca Le : 08/07/2020

Facture N° 2529/20		Etablie par YOUSRA FACTURATION			Page	1/1
Identification						
N° Dossier : X0G088069		MUPRASI		N° Identifiant : 20033264/20		
Nom & Prénom : AMOR YOUSSEF						
C.I.N. : H253878		Date Début : 08/07/2020		Date Fin : 08/07/2020		
Adresse : CASA						
Traitement : Consultation		Médecin : YOUSRI BOUCHAIB				
Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant	
ACTES CHIRURGICAUX						
Acte chirurgical	1	437,63				437,63
		Total Rubrique :				437,63
CONSOMMABLE MEDICAL						
Consommables médicaux	1	157,35				157,35
		Total Rubrique :				157,35
PHARMACIE						
Pharmacie	1	205,02				205,02
		Total Rubrique :				205,02
PARTIE CLINIQUE :						
						800,00
HONORAIRES MEDICAUX						
Dr. YOUSRI BOUCHAIB (CHIRURGIE GENERALE)	1	1 100,00				1 100,00
		Total Rubrique :				1 100,00
HONORAIRES ANESTHESISTES						
Dr. MED REANIMATEUR (ANESTHESISTE REANIMATEUR)	1	400,00				400,00
		Total Rubrique :				400,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:						
						1 500,00
TOTAL FACTURE						2 300,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Deux mille trois cents Dirhams



Clinique Pédiatrique Ajial

Casablanca Le : 08/07/2020

Détail Facture N° 2529/20							Page 1/1				
A. Identification											
N° Dossier : X0G088069				N° Identifiant : 20033264/20							
Nom & Prénom : AMOR YOUSSEF											
C.I.N. : H253878											
Adresse : CASA											
Traitement : Consultation											
Code	Qté	Unité	Prestations		Prix	Taux	Montant				
PHARMACIE											
OPC0268	1		BETADINE BLEUE 125 ML SOLUTIO (01)		25,00		25,00				
FLUOR1I	1		HALOTHANE - 30MN		100,00		100,00				
OS01704	40		OXYGENE BLOC (001)		1,00		40,00				
0216587	1		PROPOFOL 1G/50 ML(5)		40,02		40,02				
					Total Rubrique	205,02					
CONSOMMABLE MEDICAL											
OS01774	1		BANDE JERSEY 10.1X22.8M		9,78		9,78				
OS01769	4		BAVETTE LACET/50 (050)		6,80		27,20				
OS00954	4		CHARLOTTE (100)		1,00		4,00				
OS01072	2		COMPRESSE DE GAZE 10*10 (10) SOM		10,00		20,00				
OS01215	3		ELECTRODES (STER) (001)		3,00		9,00				
OS00973	1		ETHILON 3/0 CT 3/8 19MM PROM (001)		25,00		25,00				
OPR3813	6		GANT JETABLES /100		0,80		4,80				
3578964	1		GANT STERIL EN NEOPRENE SANS POUDRE T8		39,99		39,99				
OC03330	1		GANT STERILE GAMEX AVEC POUDRE 7		10,06		10,06				
OPR1595	1		INTRANULE G22 BLEU (001)		5,00		5,00				
OS01076	1		LAME DE BISTOURIE 11 (100)		2,52		2,52				
					Total Rubrique	157,35					
TOTAL DETAILS PRESTATIONS											
TOTAL :											
362,37											



Clinique Pédiatrique Ajial

DATE: 08/07/2020

BILLET DE SORTIE

Etablie par : YOUSRA FACTURATION

N° Admission : X0G088069

Nom et Prénom : AMOR YOUSSEF

Médecin traitant : YOUSRI BOUCHAIB

Prise en charge : MUPRAS

Date Entrée : 08/07/2020

Date Sortie : 08/07/2020

Visa	Médecin	Administration	Surveillante



AJIAL أجيال



مصحة الطفل والرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

COMPTE RENDU OPERATOIRE

DATE : 08.07.2020

NOM - PRENOM : AMOR YOUSSEF

INDICATION : CONSOLIDATION OSSEUSE.

INTERVENTION : - ABLATION MATERIEL CUBITUS ET RADIUS DROITS .

CHIRURGIEN : PR YOUSRI

ANESTHESISTE REANIMATEUR : PR HMAMOUCHI

Indication à Ablation matériel.

Sous Anesthésie générale.

Abord itératif des deux incisions. Hémostase.

Dissection matériel d'ostéosynthèse.

Ablation du matériel d'ostéosynthèse sans incidents.

Pansement

Professeur: YOUSRI
Chirurgie Pédiatrique
Au 295, Bd. Abdelmoumen
2^e étg 813 - Casablanca
Tél: 0522 86 01 07 - 0522 26 16 21

DATE: 08/07/2020

NOTE D'HONORAIRE

Nom Médecin : Dr. MED REANIMATEUR

Adresse Professionnelle:

Ville Professionnelle :

Spécialité : ANESTHESISTE REANIMATEUR

N° C.N.S.S. :

I.F. :

Taxe Prof. :

I.C.E :

N° Facture : 2529/20

N° Dossier : X0G088069

Patient : AMOR YOUSSEF

Montant honoraire : 400.00

DATE: 08/07/2020

NOTE D'HONORAIRE

Nom Médecin : Dr. YOUSRI BOUCHAIB

Adresse Professionnelle:

Ville Professionnelle : CASA

Tél : 0661213828

Spécialité : CHIRURGIE GENERALE

N° C.N.S.S. : N

I.F. : 14436509

Taxe Prof. : 34774504

I.C.E :

N° Facture : 2529/20

N° Dossier : XOG088069

Patient : AMOR YOUSSEF

Montant honoraire : 1 100.00

