

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.

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 052843

ND: 32898

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8814 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

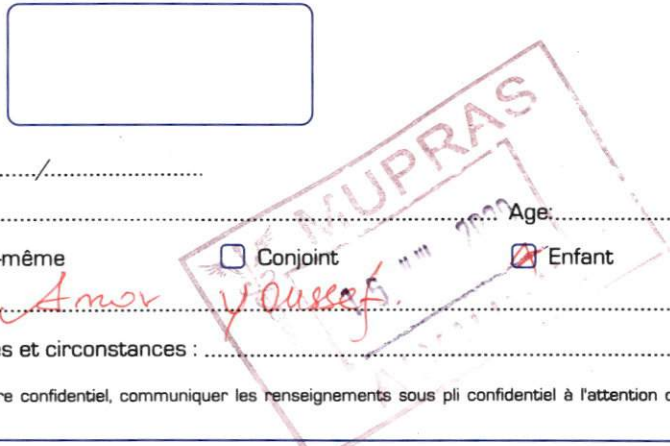
Nom & Prénom : Amar ghalil

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 : Amar youssef

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 N° 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient																
				Coefficient des travaux															
				Montant des soins															
				Début d'exécution															
				Fin d'exécution															
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th></th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td></td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>35533411</td> <td></td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H			G		25533412	00000000		21433552	00000000	D 00000000	35533411		00000000	11433553		Montant des soins
	H			G															
	25533412	00000000		21433552	00000000														
D 00000000	35533411		00000000	11433553															
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis																
			Fin d'exécution																
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																	



P 17 / 0063041

DATE DE DEPOT

8 / 7 / 2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 8214	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom		Amor Youssef GHALI	
Fonction	CD 3	Phones 0661318371	
Mail		amor.ghali@gmail.com	
MEDECIN		Prénom du patient	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input checked="" type="checkbox"/> Age		Date 08/07/2020	
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
Ablation d'al en B. et C. et de l'actus et de l'actus de l'actus			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
8/07/2020		2200,00	2200,00
PHARMACIE		Date	
Montant de la facture			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
		2020	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
CACHET			

Clinique Pédiatrique Ajial

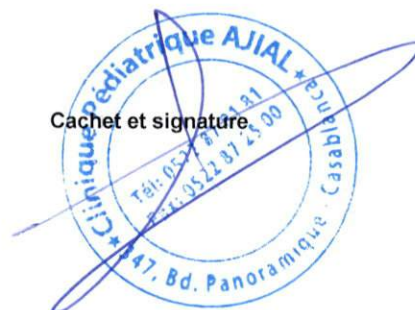
Casablanca Le : 08/07/2020

Facture N° 2529/20		Etablie par YOUSRA FACTURATION		Page	1/1
Identification					
N° Dossier : X0G088069	MUPRAS	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

Cachet et signature



BMCI AGENCE 2 MARS MECHOUAR COMPTE 013780010930003340017148 INPE 090062324

TEL 0522-87-81-81 FAX : 0522-87-25-00 PATENTE 35623273 IF 15243373 ICE 001695598000041

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

362,37

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



أجيال AJIAL



مصحة الطفل و الرضيع
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 HMAMOUCI

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 B. YOUSRI
Chirurgie Pédiatrique
Au 295, Bd. Abdelmoumen
2ème étage B13 - Casablanca
Tél : 0522 86 01 01 - 0522 76 16 21

DATE: 08/07/2020

NOTE D'HONORAIRE

Nom Médecin : Dr. MED REANIMATEUR

Adresse Professionnelle:

Ville Professionnelle :

Specialité : ANESTHESISTE REANIMATEUR

I.F. :

Taxe Prof. :

I.C.E :

N° Facture : 2529/20

N° Dossier : X0G088069

Patient : AMOR YOUSSEF

Montant honoraire : 400.00

Pr. Sir-eddine NEJMI
Pr. Badreddine & HMAMOUCHI
Réanimation Pédiatrique et Néonatale
Clinique Pédiatrique et Néonatale
Tél :

Pr. Sir-eddine NEJMI
Pr. Badreddine & HMAMOUCHI
Réanimation Pédiatrique et Néonatale
Clinique Pédiatrique et Néonatale

DATE: 08/07/2020

NOTE D'HONORAIRE

Nom Médecin : Dr. YOUSRI BOUCHAIB

Adresse Professionnelle:

Ville Professionnelle : CASA

Tél : 0661213828

Specialité : CHIRURGIE GENERALE

N° C.N.S.S. : N

I.F. : 14436509

Taxe Prof. : 34774504

I.C.E :

N° Facture : 2529/20

N° Dossier : X0G088069

Patient : AMOR YOUSSEF

Montant honoraire : 1 100.00

Professeur B. YOUSRI
Chirurgie Pédiatrique
Chirurgie Générale
Au 295 Bd Abdelmonem, 2ème ét. B13
Casablanca - Tél : 05 22 31 51