

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 canalaire, 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 canalaire.

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 | adhession@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.

N° W19-597034

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

12305

Société :

RAIM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL MARDI

OTMANE

Date de naissance :

16/06/83

Adresse :

CASA

Télé. : 06 61 11 86 19

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur
Chirurgie
Au 295, Bd Abdelmpumen
2ème étg, B13 Casablanca
Tél : 0522 86 01 01 - 0522 86 18 21

Date de consultation :

17/12/2022

Nom et prénom du malade :

El Mardi smail

Age :

1auy

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Doulours Pred droit

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 : 17/12/2022

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
17/12/2020		3 E	- 300 DT	INP : 0911460921 Professeur B. YOUSSEF Chirurgie Plastique Au 295, Bd Abdellah Ben Ziane Alg. B13 Casablanca 0522 86 01 01 0522 86 16 21

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>STE PHARMACE GOL</i>	<i>12/12/86</i>	<i>9250</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
			426,30
			10,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

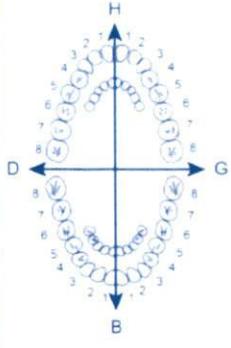
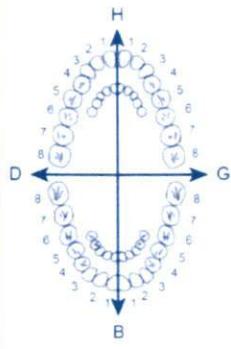
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 radiographie.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>										
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
		<p style="text-align: center;">H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2" style="border-top: none;">D</td></tr> <tr><td colspan="2" style="border-bottom: none;">00000000 00000000</td></tr> <tr><td colspan="2" style="border-top: none; border-bottom: none;">35533411 11433553</td></tr> </table> <p style="text-align: center;">B</p> <p style="text-align: center;">G</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000 00000000		35533411 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
25533412	21433552														
00000000	00000000														
D															
00000000 00000000															
35533411 11433553															
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										

أجيال AJIAL



مصحة الطفل والرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le : 17-12-2020



El Mardi (matin)

(22/12) ٢٢/١٢

Bonjour monsieur (red)

Tous les /

STE PHARMACEUTIQUE GOLF CITY
Centre commercial - Boulevard Panoramique - Casablanca
BDC N° 9 - Bld. Panoramique - Casablanca
Tél: +212 522 87 81 81 - +212 522 21 00 21 - Fax: +212 522 87 25 00



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 : 17/12/2020

Pré-Facture N° 66762

Etablie par WIDAD ACCUEIL Page 1/1

Identification

N° Dossier : XOL1715296

MUPRASI

N° Identifiant : 191011126/19

Nom & Prénom : EL MARDI ISMAIL

C.I.N. : S504709

Date Début : 17/12/2020

Date Fin : 17/12/2020

Adresse :

Traitemet : Consultation

Médecin : YOUSRI BOUCHAIB

Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
MEDICAL					
Frais clinique	1	100,00			100,00
					Total Rubrique : 100,00
PARTIE CLINIQUE : 100,00					
HONORAIRES MEDICAUX					
Dr. YOUSRI BOUCHAIB (CHIRURGIE GENERALE)	1	200,00			200,00
					Total Rubrique : 200,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES: 200,00					
					TOTAL FACTURE 300,00

Arrêtée la présente Pré-Facture à la somme de :

Trois cents Dirhams

Cachet et signature

