

# 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 | : 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.

N° W19-570456

61765

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12579

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ABOULFAIDA, AMINE

Date de naissance : 14/01/1988

Adresse : ville verte bouskoura, 41 casablanca green town  
Bouskoura, Nouacer

Tél. : 0661669690

Total des frais engagés :

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Age :

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'adhérent et au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : AH

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOPHARMACIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
<b>O.D.F PROTHESSES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<p>H 25533412   21433552 00000000   00000000</p> <p>D 00000000   00000000 35533411   11433553</p> <p>G</p> <p>B</p>			<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<input type="text"/> DATE DU DEVIS
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVI

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

# AJIAL أجيال



مصحة الطفل والرضيع  
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le :

26/02/2024

## NOTE D'HONORAIRE

Le Docteur.....  
Dr. Jaouad Chouaib  
Chirurgien Pédiatre  
235 Bd. Yacoub El Mansour  
Rés. Al Anfale B3 Appt. 9  
Tél Cabinet : 05 22 94 53 35  
Tél Urgence : 06 61 31 10 87

A l'honneur de présenter ses meilleures salutations à

ABOU EL ABD MANSO

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

Soit la somme de # 500,00 # DHS.

Dr. Jaouad Chouaib  
Chirurgien Pédiatre  
235 Bd. Yacoub El Mansour  
Rés. Al Anfale B3 Appt. 9  
Tél Cabinet : 05 22 94 53 35  
Tél Urgence : 06 61 31 10 87

# Clinique Pédiatrique Ajial

Casablanca Le : 26/02/2021

Pré-Facture N° 70190		Etablie par BOUCHRA ACCUEIL Page 1/1			
<b>Identification</b>					
N° Dossier : X1B262515	MUPRASI	N° Identifiant : 21021596/21			
<b>Nom &amp; Prénom : ABOU EL FAYD MAJD</b>					
C.I.N. : MCN	Date Début : 26/02/2021	Date Fin : 26/02/2021			
Adresse : CASA					
Traitements :	Médecin : CHOUAIB JAOUAD				
Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
<b>MEDICAL</b>					
Frais clinique	1	100,00			100,00
		Total Rubrique : 100,00			
<b>PARTIE CLINIQUE : 100,00</b>					
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>					
Dr. CHOUAIB JAOUAD (PEDIATRE)	1	500,00			500,00
		Total Rubrique : 500,00			
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES: 500,00</b>					
<b>TOTAL FACTURE</b>					<b>600,00</b>

Arrêtée la présente Pré-Facture à la somme de :

*Six cents Dirhams*

Cachet et signature

