

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

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.

ique :

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.

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 caractères 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° M20- 0000423

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9947 Société : R.A.7 68879
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENCHARKI - OYAR
 Date de naissance : 15-05-1968
 Adresse : Perle de Nouaceur - Immeuble 5 - Apt 6
 Perle #4#
 Tél. : 06.61.19.48.03 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/04/2021

Nom et prénom du malade : Bencharki et Omane. Age:

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Phim

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 : Signature de l'adhérent(e) Le : 12/04/2021

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
12/04/21	100	100	2200	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie MA PERLA Dr Meryem RYACHI Ep. ZOUINE Perles de Nouadhibou Tél: 05 22 53 79 68	12.04.21	85,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

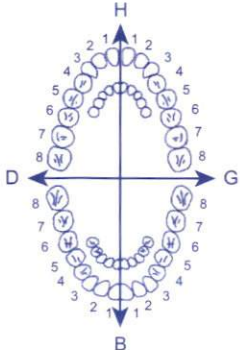
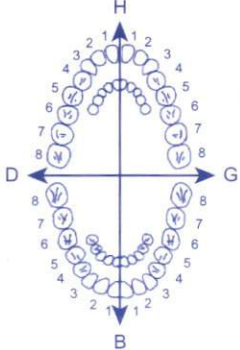
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
					MONTANTS DES SOINS																				
					DEBUT D'EXECUTION																				
					FIN D'EXECUTION																				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table> <tr> <td>H</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td></td></tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
					MONTANTS DES SOINS																				
				DATE DU DEVIS																					
				DATE DE L'EXECUTION																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

أجيال AJIAL



مصحة الطفل و الرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Ordonnance

Casablanca, le :

12/04/2021

Nom - Prénom : Bencharki Othmane

Poids : 15 kg

1/ Dolipédiatrique 1 dp x 2/j pendant

42,00

2/ Septispray

3/ Emulsion cicatrisante Eliance

30,00

4/ Eosine acqueuse

13,50

5/ Vaseline

85,50

Lot: 0001/19
PER: 10/2023
PPC 42,00Dh

Pharmacie MA PERLA
Dr. Meryem RYACHI Ed. ZOULINE
Perles de Nouaceur 14 N° 1
Tél: 05 22 83 79 68

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

أجيال AJIAL



مصحة الطفل و الرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le :

COMPTE RENDU OPERATOIRE

DATE : 12/04/2021

NOM - PRENOM : BENCHARKI OTHMANE

INDICATION : Phimosis ; Déficit en G6PD

INTERVENTION : Circoncision

CHIRURGIEN : Pr h.Sibai

ANESTHESISTE REANIMATEUR : Pr B.Hmamouchi

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 en corrigeant une torsion de la verge.

Crème et pansement

[Signature]
Pr. H. SIBAI
117 Av. 21
Casablanca
Tél : +212 522 87 81 81 / Fax : +212 522 87 25 00
direction@clinique-ajial.ma / www.clinique-ajial.ma

Clinique Pédiatrique Ajial

Casablanca Le: 12/04/2021

Facture N° 1718/21

Etablie par YOUSRA FACTURATION Page 1/1

Identification

N° Dossier : X1D125016

MUPRAS|

N° Identifiant : 21043034/21

Nom & Prénom : BENCHARKI OTHMANE

C.I.N. : WA 23134

Date Début : 12/04/2021

Date Fin : 12/04/2021

Adresse : CASA

Traitement : Consultation

Médecin : SIBAI HICHAM

Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
ACTES CHIRURGICAUX					
K30	1	2 200,00			2 200,00
Total Rubrique :					2 200,00
PARTIE CLINIQUE :					2 200,00
TOTAL FACTURE					2 200,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Deux mille deux cents Dirhams



Clinique Pédiatrique Ajial
Service Caisse
Quittance N° 6124/21

Le 12/04/2021 10:32



Ordre Encaissement : YOUSRA FACTURATIO

Opérateur : SIHAM CAISSE

Patient : X1D125016 BENCHARKI OTHMANE

Chèque N° : 321516 Date : 12/04/2021

AWBQ Montant : 2 200.00

Total Chèque :

2200.00