

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



Déclaration de Maladie

N° M20- 0000423

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

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9947 Société : R.A.M 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 : Pr H. SIBAT
CHIRURGIEN PÉDIATRE
117 Av. 2 Mars (à la Rue de Rome)
Casablanca
Date de consultation : 12/04/2021
Nom et prénom du malade : Bencharki Olyane Age :
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie : Rhim
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 Le : 12/04/2021

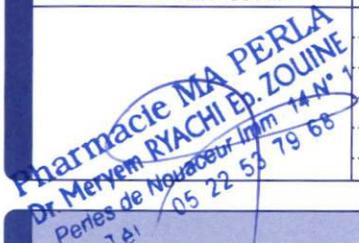
Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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	Visite de contrôle	1	85,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12.04.21	85,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

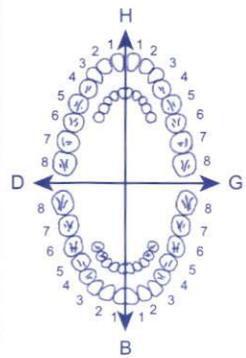
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

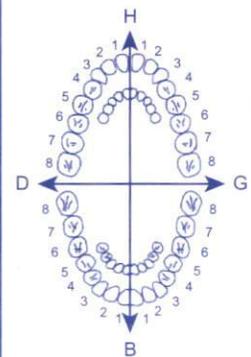
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

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 Elliance

30,00

4/ Eosine acqueuse



13,50

5/ Vaseline

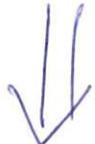


85,50

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

Pharmacie MA PERLA
Dr. Meryem RYACHI Ed. ZOUINE
Perles de Novaceur 14 N° 1
Tél: 05 22 53 79 68

CLINIQUE PEDIATRIQUE
Rue de la République, Casablanca
Tél: 0522 29 04 01



أجيال AJIAL



مصحة الطفل و الرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le :

COMPTE RENDU OPERATOIRE

DATE : 12/04/2021

NOM - PRENOM : BENCHARKI OTHMANE

INDICATION : Phimosi ; 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

Pr. H. SIBAI
117 Av. 21 Mars 1956
Casablanca - Maroc
Tél. : +212 522 87 81 81 / Fax : +212 522 87 25 00
direction@clinique-ajjal.ma / www.clinique-ajjal.ma

Clinique Pédiatrique Ajial

Casablanca Le: 12/04/2021

Facture N° 1718/21

Etablie par YOUSRA FACTURATION Page 1/1

Identification

N° Dossier : X1D125016

MUPRASJ

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



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

