

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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](mailto:contact@mupras.com)

Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)

Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09879 Société : 76333

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Benis

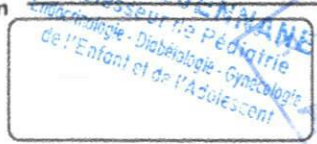
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 065796696 Total des frais engagés : 490,500

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 11/06/2021

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Retard de croissance

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  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 065796696 Le : 11/06/2021

Signature de l'adhérent(e) : 

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
11/06/2021	5	400,00	INP : <input type="text"/>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE</b> <b>Des Darbistes</b> <b>Dr. ALAMI ZINEB</b> Mosquée Naouras Lot Naouras Casablanca - 0522 29 28 59	11/06/2021	20,10 INPE 092099639

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## 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 :

Veillez 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"/>														
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		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"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# أجيال AJIAL



مصحة الطفل و الرضيع  
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le : .....

11/06/2021

IDRISSI MANSOURI ISMAIL

Age: 12 ans 2 mois 29 jours

Poids: 31,50 Kg

PHARMACIE  
Des Darbistes  
Dr. ALAMI ZINEB

Mosquée Naouras Lot Naouras  
Casablanca - 0522 29 28 59

40,90

- Zinaskin 45 mg - comprimé effervescent

1/2cp / jours  
traitement de 1 mois

49,60

- D-cure forte - solution huileuse buvable
- 1 ampoule en prise unique à refaire dans 3 mois

90,50

PHARMACIE  
Des Darbistes  
Dr. ALAMI ZINEB  
Mosquée Naouras Lot Naouras  
Casablanca - 0522 29 28 59

Dr. Farida JENNAH  
Professeur de Pédiatrie  
Endocrinologie - Diabétologie - Gynécologie  
de l'Enfant et de l'Adolescent

# Clinique Pédiatrique Ajial

Casablanca Le: 11/06/2021

**Pré-Facture N° 76543**

Etablie par NEZHA Page 1/1

**Identification**

N° Dossier : X1F118415

MUPRAS

N° Identifiant : 21065315/21

**Nom & Prénom : IDRISSI MANSOURI ISMAIL**

C.I.N. : ...

Date Début : 11/06/2021

Date Fin : 11/06/2021

Adresse : CASA

Traitement : Consultation

Médecin : JENNANE FARIDA

**Prestations**

	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
<b>MEDICAL</b>					
Frais clinique	1	100,00			100,00
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>					<b>Total Rubrique : 100,00</b>
					<b>100,00</b>
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>					
Dr. JENNANE FARIDA (PEDIATRE)	1	300,00			300,00
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:</b>					<b>Total Rubrique : 300,00</b>
					<b>300,00</b>
<b>TOTAL FACTURE</b>					<b>400,00</b>

Arrêtée la présente Pré-Facture à la somme de :

Quatre cents Dirhams

Cachet et signature



BMC I AGENCE 2 MARS MECHOUAR COMPTE 013780010930003340017148 INPE 090062324

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