

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
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

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

M22- 0016650

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8193 Société : 127227
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Rhaman Rita
Date de naissance : 01.07.1974
Adresse : Terrasse de Bouskoura Imm 10 apt 1 ville verte
Tél. : 0661334217 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. ABKARI Abdelhak
Professeur de Pédiatrie
Gastroentérologie Pédiatrique
CASABLANCA
Date de consultation : 27/07/2022
Nom et prénom du malade : HARRACH YANIS Age : 10 ans 1/2
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Parotidite
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : Casablanca Le : 27/07/2022
Signature de l'adhérent(e) :

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
27-10-22				Dr. Abdelhak

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Les Juyaux de Boussouf Rés. Les Juyaux de Boussouf Imm. C. N° 1 Ville Verte - Casablanca Tél: 0520 657 755 Fax: 0693 54 28 47 T.C.F. 002015451000074 Dr. MOUMANE MOUMANE	27-10-22	96,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

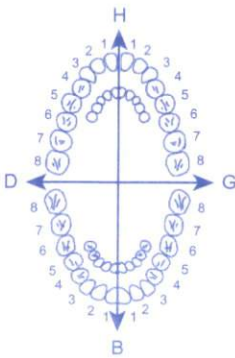
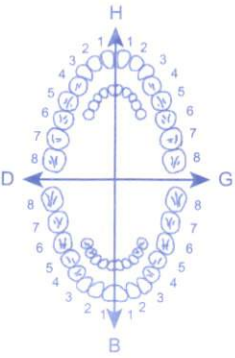
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 de l'ODF.

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															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553		Coefficient des Travaux <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
				Montants des Soins <input type="text"/>												
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Clinique Pédiatrique Ajial

Casablanca Le : 27/07/2022

Pré-Facture N° 104688		Etablie par ZINEB		Page	1/1
Identification					
N° Dossier : X2G2713287		MUPRAS		N° Identifiant : 22077934/22	
Nom & Prénom : HARRACH YANIS					
C.I.N. : ...		Date Début : 27/07/2022		Date Fin : 27/07/2022	
Adresse : CASA					
Traitement :		Médecin : ABKARI ABDELHAK			
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					
Pr. ABKARI ABDELHAK (PEDIATRE)	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



maphar
Boulevard Alkhalifa
Industrie Sidi Berrouj Casablanca - Maroc
FORLAX 10G SAC B20
P.P.V. 73.50 DH
8001181193

LOT U22904
Exp : 11/2024

أجيال AJIAL



مصحة الطفل و الرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

VERMOX 20MG/ML
SUSP BUV FL 30ML
P.P.V. : 23DH10
6 118000 011804

LOT : 21E014
PER : 11/2026

Casablanca, le : 21/07/22

Harach yanis

23.10

① Vermox sup

A.S.

2 sachet x 3 jours

73.10

② Forlar 10g

1/2 sachet

T: 96.60



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