

## 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 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

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 Étage 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° W19-430952

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12622 Société : R.A.M.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ALAHAYANI Amine

Date de naissance : 28/10/1987

Adresse : Lotissement Elismailice Rue 5n31 etg 3  
californie casablanca

Tél. : 0664408970 Total des frais engagés : 1300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/07 2019

Nom et prénom du malade :

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

Nature de la maladie : Soins de brulures

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 : Le : / /

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
01/01/2019	5 No 381/19			INP : 0 000 698 4
			13000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

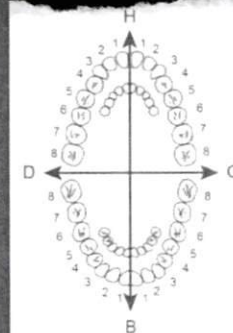
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

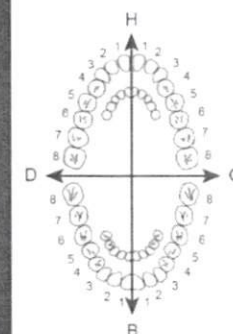
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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



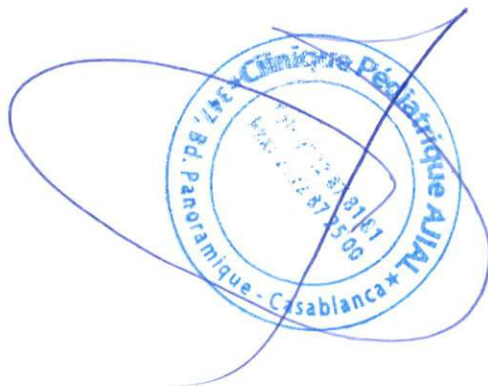
# Clinique Pédiatrique Ajial

Casablanca Le : 09/07/2019

Facture N° 3815/19		Etablie par WIDAD ACCUEIL		Page	1/1
<b>Identification</b>					
N° Dossier : X9G0910231		N° Identifiant : 19066785/19			
<b>Nom &amp; Prénom : ALAHAYANI RADIA</b>					
C.I.N. : DA25147	Date Début : 09/07/2019	Date Fin : 09/07/2019			
Adresse : CASA					
Traitement : Consultation		Médecin : DIOURI MOUNA			
Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
<b>MEDICAL</b>					
Brulure	1	650,00			650,00
Total Rubrique :					650,00
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>					<b>650,00</b>
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>					
Pr. DIOURI MOUNA (CHIRURGIE PLASTIQUE)	1	650,00			650,00
Total Rubrique :					650,00
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:</b>					<b>650,00</b>
<b>TOTAL FACTURE</b>					<b>1 300,00</b>

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Mille trois cents Dirhams



Cachet et signature

# أجيال AJIAL



مصحة الطفل و الرضيع  
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le : 09/07/13

## NOTE D'HONORAIRE

Dr. BENJAMIN MOUNIR  
Professeur  
Chirurgie Pédiatrique  
Pneumologie Pédiatrique

Le Docteur.....

A l'honneur de présenter ses meilleurs salutations à

ALAHYANI Redia.....

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

Soit la somme de 6500.....DHS

SIGNATURE

# أجيال AJIAL



مصحة الطفل و الرضيع  
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le : 09 / 07 / 19

Compte rendu Medical  
du Marissa Radia  
Attaayn

T11 d'une brûlure / échauffement  
du tronc et de la face et de  
memb sup



8 J de pansement par plaques  
- tot  
du tronc

Dr. DICOURI Mounia  
Professeur  
Chirurgie Plastique  
Reconstruction et Esthétique

347, Boulevard Panorama, 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](http://www.clinique-ajial.ma)