

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0042734

149369

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 6868 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FAK KHALID

Date de naissance : 07.06.1961

Adresse : 1242, 2ème étage

Tél. : 0666775451 Total des frais engagés : 300 + 132,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01.10.2023

Nom et prénom du malade : KHALID FAK

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : 21/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0042734

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1

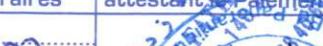
Nom de l'adhérent(e) : KHALID

Total des frais engagés : 300 + 132,60

Date de dépôt : 25.10.2023

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.

RELEVE 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
01-12-2022	C 2		30000 F	 



EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
صيدلية حي الـ PHARMACIE HAY AL WIAM AL HADID SEROU OULFA	01/12/2022	132,60

صيدلية حي الوند
ARMACIE HAY AL WIAM
252 BD OUED SBOU OULFA
SABLANCA Tél: 05 22 91 17 31

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

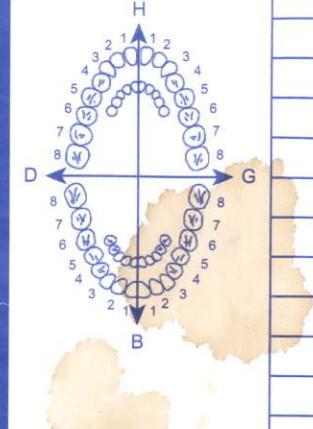
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

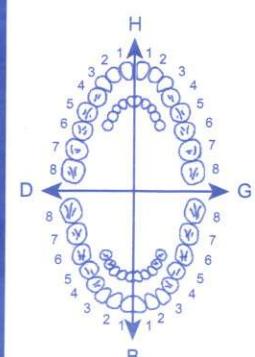
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

أجيال AJIAL



صيدلية
أجيال
العونان
PHARMACIE HAY EL WIAM
222 BD OUED SEBAI OULFA
CASABLANCA Tel: 03 99 26 17 33
INFO: 0522 87 81 81

مصحة الطفل والرضع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le : 10.12.22

Kenza Faik

12 ans.

- Vaginale cramp

28,10 ⚡ 1 g d-cc x 20 ⚡ 11/4 aut.

Reflex fist.

80,90 ⚡ 1 g d-cc x 20 apres repas

- Retention

24,50

د. مريمية زدني فتح الله
Dr. Maria ZIDANI FATHALLAH
Gité Essalam Gh75, Im.140 Ap. N°3
Oulfa - Casablanca

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

0668406764



Lot:

EXP:

PPV (DHI):



 DROMOPLUS
PHARMA

LOT:

LOT 2227635

EXP 2025/10

PPC 60 DHS



Clinique Pédiatrique Ajial

Casablanca Le : 01/12/2022

Pré-Facture N° 113694		Etablie par WIDAD ACCUEIL			Page 1/1
Identification					
N° Dossier :	X2L0121750	N° Identifiant : 221213039/22			
Nom & Prénom : FAIK KENZA					
C.I.N. :	FG	Date Début :	01/12/2022	Date Fin :	01/12/2022
Adresse :					
Traitemen	Médecin : ZIDANI MARIA				
Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
MEDICAL					
Consultation	1	300,00			300,00
		Total Rubrique :	300,00		
PARTIE CLINIQUE :					
		TOTAL FACTURE	300,00		

Arrêtée la présente Pré-Facture à la somme de :

Trois cents Dirhams

Cachet et signature

