

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

M22- 0035389

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 141165 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL KHAZIRI AYAD

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21.08.23

Nom et prénom du malade : Nikou ethmara : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Foul sur la poignet

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : Signature

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
21/04/2023	Cardiologie			Cardiologie

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. K. Miyamoto Médecin Radiologue 37, Bd Paul Bourget 93170 Montrouge Centre de Radiologie et de Médecine Nucléaire	21/04/2023	Analyses F/D	4000 dh

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				<input type="text"/>
		</td		

أجيال AJIAL



مصحة الطفل و الرضيع CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le : 21/01/2023

Nikon Shmam

Rd de l'avenir bras

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

أجيال AJIAL



مصحة الطفل والرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le 21/04/2023

NOM : MIKOU OTHMANE

RADIOGRAPHIE DE L'AVANT BRAS DRT F/P

DE CONTROLE

Examen réalisé sous plâtre.

Fracture réduite du 1/4 distal du radius.

Absence de déplacement secondaire .

Interlignes articulaire respectés.

Absence d'anomalie des parties molles.



Clinique Pédiatrique Ajial

Casablanca Le : 21/04/2023

Etablie par HOUDA RECEPTION Page 1/1

Identification	Facture N° 123314				
N° Dossier :	N° Identifiant : 23043666/23				
Nom & Prénom : MIKOU OTHMANE					
C.I.N. : JPPO	Date Début :	21/04/2023	Date Fin : 21/04/2023		
Adresse : CASA	Médecin : MIYARA KHADIJA				
Traitemennt : Consultation	Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef Montant
IMAGERIE MEDICALE					
Rx avant bras f et p		1	400,00		400,00
		Total Rubrique : 400,00			
PARTIE CLINIQUE :		TOTAL FACTURE 400,00			

Arrêtée la présente Pré-Facture à la somme de :

Quatre cents Dirhams

