

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **12615**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **MAHMUDI SAIID**

Date de naissance : **26-04-1986**

Adresse : **N° 410 Zohissenet sijilmassan, Errachidia**

Tél. : **0663199574**

Total des frais engagés :

558.000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **19/12/2023**

Nom et prénom du malade : **Matchison Elyane**

Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

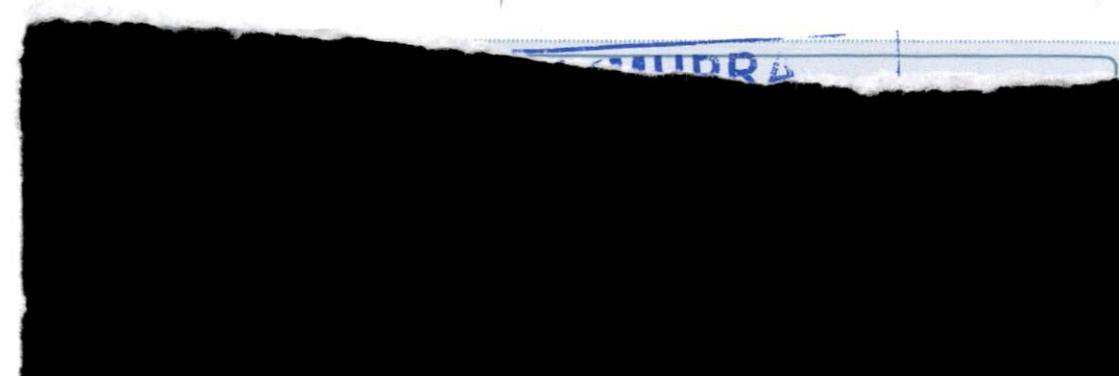
En cas d'accident précisez les causes et circonstances :

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'exhaustivité des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **CASA/ALIA ACC/EL BOUZACHA** Date : **25/12/2023**

Signature de l'adhérent(e) :



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
19/11/23				INP : 1360483 + FC

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA CHAMPSAISABLE AYALGOUD	19/11/23	208,00 CHF.

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

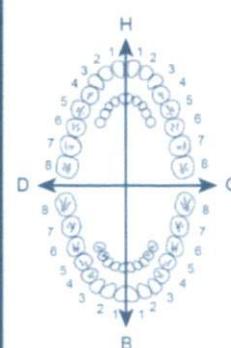
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : 11111111
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	25533412 21433552
D	00000000 00000000
B	00000000 00000000
G	35533411 11433553

[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

Coefficient des Travaux	Montants des Soins	Date du devis	Date de l'Execution

AJIAL أجيال



مصحة الطفل والرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le : 19/11/23.

. 3 an 3 M
. 14 kg.

Mohamed son Ilyas.

64,80

1) j'achète 2 pom



1 doz de 141g x 31; pbt 7;
30,00.

2) Lettre



140 g/l; pbt 4 jors. le moi.
84,00

stérile by grise

1 pbt x 31,



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

ii) livelone ja pour enfant
16,30 1 g x 31 i joli paquet.

15

12,90

ii) mucocil ml

1 cac x 31

AS

Importateur Exclusif:
Biocodex Maroc
www.biocodex.ma
P.P.V. 84,00 DH



LOT FE2274B
M: 2022/10
2025/10

AMM : 213 DMP/21/NNP

Bétaséline 0,05%, solution

buvable, flacon de 30ml

6 118000 091806

LOT : 3586
PER : 04 - 25
P.P.V : 30 DH 00

17/05/2022 / 17/12/2025
AIN CHOK - CARABELENKA
L'ALTAZ HAMRAZ AVANCÉ
DIAZEPHENE CLERKI SNC
DIAZEPHENE CLERKI SNC

Portuguese
Medicamento
Médicament
INPE: 091212993
Pediatrie

MUCOCIL®
Carbocisteine 2%
Sirop enfant - Flacon de 125 ml
P.P.V. : 12,90 DH



6 118000 190592

P P V 64 DH 80

LOT M 1535 PER 05 / 2

SOUFRANE 2P CENT
Solution pour pulvérisation nasale



16,30

ZAMOX® enfant
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE
100 mg / 12,5 mg par ml
Poudre pour suspension buvable
en flacon



6 118000 041139