

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-811867



Maladie **Dentaire**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

12818

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Kamelia kettabej

Date de naissance :

26.12.1989

Adresse :

siege social Afje royal air maroc

Tél. : 0662 765284

Total des frais engagés :

Dhs

Dr AIT IDRIR KHADIJA
Pédiatre

INPE: 091175562
Tel: 05 22 55 61 34

Cachet du médecin :

Date de consultation :



Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age:

Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 20/01/2023

Autorisation CNDF N° : AA-215/2019

DET ADHÉRENT

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
10/01/24			 3000€	INP : <u>AIT IDR KHADIJA</u> <u>Pédiatre</u> INPE: 091175562 Tel: 05 22 55 61 34

~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Fourrisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>Rue N° 3, Hay Arraha N° 29 Rte. D'el Jadida - Casablanca Tel: 05 22 25 09 43 ICE: 001084472000015 N° DE TÉLÉPHONE : 092887069</p>	01/01/2016	200,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<p>H</p> <table> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td>B</td><td></td></tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															

Nanque PPR Céd

AJIAL أجيال



مصحة الطفل والرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

NO-DOL FEN 20MG/ML
SUSP BUV FL 150ML
P.P.V : 22DH50
PER.: 12-2002
LOT: 101

6 118000 061892

Casablanca, le : 19/1/24

Noor Guessous

200,00

1^o / Fitorax susp
79,90

- Age: 3A
- P: 20kg

1 cap x 3/jr posh 10jr

2^o / Pedialid Romano fort
98,00

1 cap/jr.

PHARMACIE NADIR
Rue N°3, Hay Arhaba N°29
Rte. de Jeddah, Casablanca
Tél: 0522 260943
ICE: 06408412000016

3^o / No dol pfen
22,50

1 dos (20) / 6h

Adiafla

1 flacon 1jr posh 10g

Dr AIT NDIR KHADIJA
Pédiatre
INPE: 091175562
Tel: 0522 556134

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

Clinique Pédiatrique Ajial

Casablanca Le : 19/01/2024

Etablie par ZAHIRA RECEPTION Page 1/1

Pré-Facture

Identification

N° Dossier : X4A191585

MCMAI

N° Identifiant : 221213757/22

Nom & Prénom : GUESSOUS NOOR

C.I.N. : BK251424

Date Début : 19/01/2024

Date Fin : 19/01/2024

Adresse :

Traitements : Consultation

Médecin : AIT IDIR KHADIJA

Prestations

Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
-----	---------	------	------	---------

MEDICAL

Consultation

1	300,00			300,00
---	--------	--	--	--------

Total Rubrique : 300,00

300,00

PARTIE CLINIQUE :

TOTAL FACTURE

300,00

Arrêtée la présente Pré-Facture à la somme de :

Trois cents Dirhams

Cachet et signature

