

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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.

202319

## Maladie

## Dentaire

## Optique

## Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9878 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Qais Al

Date de naissance : 07/06/1976

Adresse : 169 ~ N°1 ~ Al Madina

Tél. : 0662237211 Total des frais engagés : Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/01/2024

Nom et prénom du malade : QAISS AL MADINA Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Neutropénie

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 : 17/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :



## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Bachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
22/01/24	C		Controle	
23/01/24	C		400	Professeur Aggrégé Hématologie AL MADINE AS 22/11/23 403 49

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
<i>Clinique Pédiatrique 347 Service de Radiologie Té: 05 22 51 20 20 Médecin Radiologue Dr. A. M. M. 2010-10-12</i>	2010-10-12	Rd thorax	200 DH

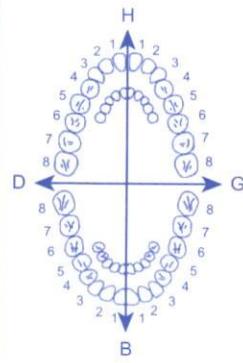
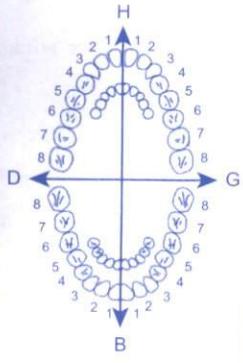
AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient des travaux
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

# AJIAL أجيال



مصحة الطفل والرضيع  
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le 22/01/2024

**NOM:** QAISSI MALIKA NELIA

**RADIO THORAX AU LIT**

Transparence normale des deux poumons.

Culs de sac pleuraux libres.

Répartition normale des clartés digestives.





**Docteur Saadia ZAFAD**

Professeur Agrégée

Hématologie Clinique

Adultes-Enfants

Oncologie pédiatrique

Greffé de Moelle

**الدكتورة السعدية زفاص**

أستاذة مبرزة

أمراض الدم

البالغين و الأطفال

سرطان الطفل

زراعة النخاع

Casablanca, le .....

**22 janvier 2024**

**ENF. QAISSI MALIKA NELIA**

Patiante suivie pour neuroblastome médiastinal. Constatation de foyers pulmonaires sur l'IRM médullaire.

**Rx poumon de face**

Clinique Pédiatrique AJIAL  
Service de Radiologie  
347, Bd Panoramique Casablanca  
Tél: 0522.87.81.81 - Fax: 0522.87.21.00

**Dr. Saadia ZAFAD**  
Professeur Agrégée  
Hématologie - Oncologie  
CLINIQUE AL MADINA  
Tél: 05 22 77 77 40 à 49  
05 22 77 77 40 à 49  
06 62 54 23 07

# Clinique Pédiatrique Ajial

Casablanca Le : 22/01/2024

Pré-Facture N° 143506		Etablie par HOUDA RECEPTION	Page	1/1
<b>Identification</b>				
N° Dossier :	X4A221804	MUPRASI	N° Identifiant :	23032943/23
<b>Nom &amp; Prénom :</b>	<b>QAISSI MALIKA NELIA</b>			
C.I.N. :	M258842	Date Début :	22/01/2024	Date Fin :
Adresse :	CASA			22/01/2024
TraITEMENT :	Consultation	Médecin :	MIYARA KHADIJA	
Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef Montant
<b>IMAGERIE MEDICALE</b>				
Rx thorax face	1	200,00		200,00
		Total Rubrique :		200,00
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>				<b>200,00</b>
		<b>TOTAL FACTURE</b>		<b>200,00</b>

Arrêtée la présente Pré-Facture à la somme de :

Deux cents Dirhams





## F A C T U R E

N°: 2606 / 2024 du 23/01/2024

Nom patient **QAISSI MALIKA NELIA**  
**PAYANT**

Entrée 23/01/2024  
Sortie 23/01/2024

CONSULTATION PR ZAFA				
Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION PR ZAFAD S	1,00	CSZS	400,00	400,00
			Sous-Total	400,00
<b>Total Clinique</b>				<b>400,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

QUATRE CENTS DIRHAMS

**Total 400,00**

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

