

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

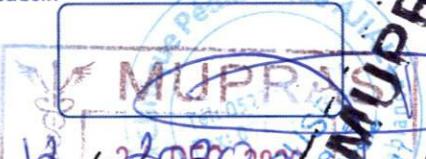
- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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.

N° W19-488723

ND 53361

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>13141</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>ASLANE ILYAS</u>			
Date de naissance : <u>01/01/1989</u>			
Adresse : <u>151 Rue Ahmed eljoumari Rasif</u>			
Tél. : <u>066918476</u>	Total des frais engagés : <u>17100.50</u> Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation :	<u>24/12/2020</u>		
Nom et prénom du malade :			
<u>ASLANE ILYAS</u>			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
<u>rhinite</u>			
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 : 24/12/2020 Le : 24/12/2020
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
24/12/2010	V.E.N.	50 55% 50	1700,00 1700,00	INP :  Signature of Dr. [unclear]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NOUR KABBAD Somia 10B Angle Bt 109 et Bd EL Mansour Bd. Sidi Abderrazak Casablanca	24/12/2020	122.50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		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'ODDF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []
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 []
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS []
				DATE DE L'EXECUTION []

AJIAL



مصحة الطفل والرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

PPV (DH) :
Lot N° :
UT. AV :

BRUFEN®

100 mg/5 ml Ibuprofène

el Barakat Tél : 0522 22,50

24.12.2022

Casablanca, le :

Adlène Ismaïl

S.V

22.50

Brufen (fusip)

1 càr x 2 / 1/3

2250

PHARMACIE NOUR
KABBAJ Sonia
108 Argent 31
et Bd. Sidi Abderrahmane Casablanca
Tél : 05 22 38 89 11

Professeur Dr. YOUSRI
Chirurgie Pédiatrique
Au 295, Bd Abdehmounen
2ème étg, B13 - Casablanca
Tél : 0522 86 01 01 - 0522 86 18 22

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 و الرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le :

24.12.2020

Adlane Ismaïl

Fr 20 avant-bras

PT orthopédique

(1 mois 10j)



Professeur B. YOUSRI
Chirurgie Pédiatrique
Au 295, Bd Abdellahoumen
2ème étg, B13 Casablanca
Tél. +212 522 86 01 01 / 0522 86 16 17

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

AJIAL أجيال



مصحة الطفل و الرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

24.12.2020

Casablanca, le :

Adlane Ismaïl

Darant - bras

F.P

Professeur B. YOUSRI
Chirurgie Pédiatrique
Au 295, Bd Abdelloumen
2ème étg, B13 Casablanca
Tél : 0522 86 01 01 / 0522 86 16 2

Clinique Pédiatrique Ajial

Casablanca Le : 24/12/2020

Facture N° 5255/20

Etablie par BOUCHRA ACCUEIL Page 1/1

Identification

N° Dossier : XOL2415586

MUPRASI

N° Identifiant : 191213100/19

Nom & Prénom : ADLANE ISMAIL

C.I.N. : BE 825404

Date Début : 24/12/2020

Date Fin : 24/12/2020

Adresse : CASA

Traitemet : Consultation

Médecin : YOUSRI BOUCHAIB

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

ACTES CHIRURGICAUX

K20	1	650,00			650,00
Total Rubrique :					650,00

IMAGERIE MEDICALE

Rx avant bras f et p	1	400,00			400,00
Total Rubrique :					400,00

PARTIE CLINIQUE :

1 050,00

HONORAIRES MEDICAUX

Dr. YOUSRI BOUCHAIB (CHIRURGIE GENERALE)	1	650,00			650,00
Total Rubrique :					650,00

PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:

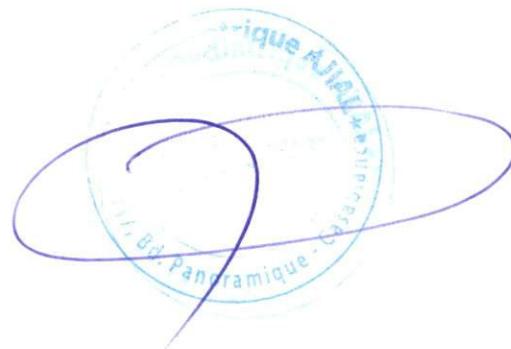
650,00

TOTAL FACTURE	1 700,00
----------------------	-----------------

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Mille sept cents Dirhams

Cachet et signature



AJIAL أجيال



مصحة الطفل و الرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le 24/12/2020

NOM : ADLANE ISMAIL

Médecin traitant : PR YOUSRI

Radiographie de l'avant bras DT F/P

Fracture en motte de beurre du ¼ distal du radius.

Interlignes articulaire respectés.

Densification des parties molles.

Dr. K. Miyara
Médecin Radiologue
Clinique AJIAL
Service de Radiologie
347, Boulevard Panoramique Casablanca
Tél.0522.87.81.81 - Fax:0522.87.25.00

DR MIYARA

Matriecule : 13141

Nom : ADLANE ILYAS

Je soussigné Monsieur ADLANE ILYAS

que mon fils ADLANE ISNAEL est
tombé à la maison.

