

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° W19-519844



F7419

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	10509	Société :	R.A.M
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MERYM TATBI (Née MALIKH Abdellah 5			
Date de naissance : 19/09			
Adresse : MALCOLA Rue 3 Im 203 Et 2 App 4 104 104 104			
Tél. :	0661686169	Total des frais engagés :	5128,74 Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	21/04/2021		
Nom et prénom du malade :	MARIKHA AYA Age: 10 ans		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Diabète		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous un 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 - Date : 21/04/2021

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
21/04/2021	G		250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/04/2021	3628,00
	21/04/2021	1500,00

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	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 : <input type="text"/>
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412	21433552	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
		00000000	00000000	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	D	00000000	00000000	DATE DU DEVIS <input type="text"/>
		35533411	11433553	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	G			
	B			
		[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

Dr Farida JENNANE
 Professeur de Pédiatrie
 Endocrinologie Diabetologie
 Gynécologie de l'Enfant et l'Adolescent
 Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
 Hôpital d'Enfant
 Casablanca



الدكتورة فريدة جنان
استاذة في طب طفل و الرضيع
احصائية في مرض القذف والمسكري
والامراض التناسلية عند الطفل والمرأة
المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشيد
مستشاري الاطفال
الدار البيضاء

NOM : Marich
PRENOM : Flatta
AGE :
POIDS :

Lecteur de glycémie

- Lecteur de glycémie
 - Bandelettes: *Chapitre plus 20 boît*
 - Lancettes
 - Seringue 0,5 ml microfine plus
 - Aiguilles microfine plus: *4mm -5mm -6mm -8mm*
 - Bandelettes *Unidose à deux paramètres glucose et corps cétonique*

Treatment 3 Mais



~~delete réactive à température comprise entre 2°C et 30°C~~
~~ibri de la lumière solaire directe et de la chaleur.~~
~~de la première ouverture sur le flacon.~~
~~Ettes réactives et le flacon 3 mois suivant la date de la~~
~~sation; assurez vous que le numéro de code affiché su~~



BD Micro-Fine Ultra





PARAPALM

Facture N°: 33/24
Date: 21-04-2024

Client: KARIKH NAH

désignation	Qté	Prix U.H.T	Montant H.T.	Montant T.T.C
Contoy B.2500 Bombeletts				1500,00
<i>PARAFARMACEUTIQUE</i>				
TCL = 0010823970000 23				
Réglé par: Egypte				
		Total H.T.	1250,00	
		TVA	250,00	
		Total T.T.C	1500,00	

Angle Bd Oum Rabii et rue N°12, Résidence Souad en face Service des Mines, Hay Hassani,
Quartier Mazola - Casablanca -Tél.: 05 22 93 57 95
R.C.: 389938 - P atente: 35020373 - I.F.: 51303949 - C.N.S.S: 8663727



AJIAL أجيال



مصحة الطفل و الرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le :

21/04/2021

MARIKH MAHA

Age: 10 ans 10 mois 2 jours

Poids: Kg

- **Tresiba FlexTouch**
10 unite le soir
1 boite unitaire
- **Novorapid flexpen 100 u/ml - solution injectable**
04 unité le matin
05 unité le midi
05 unité le soir
SOIT 4 boites de 5 STYLOS POUR LES 3 MOIS
- **D-cure forte - solution huileuse buvable**
1 ampoule en prise unique
à refaire dans 1 mois
puis à 3 mois

Dr. PAULINE CHARNÉE
Professeur de Médecine Pédiatrique
Ecole Nationale d'Infirmières et d'Infirmiers
Doyenne de l'Ecole Nationale d'Infirmières et d'Infirmiers

AJIAL أجيال



مصحة الطفل و الرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le :

21/04/2021

5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 647 DH



5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 647 DH



5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 647 DH



solution injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 647 DH



MARIKH MAHA

Age: 10 ans 10 mois 2 jours

Poids: Kg

1040.00

• Tresiba FlexTouch

10 unite le soir
1 boite unitaire

8-9560-73-2504

5x3ml
Tresiba® FlexTouch®
100 unités/ml
Solution injectable en stylo prérempli
Insuline dégludéac
PPV :1040,00 MAD



• Novorapid flexpen 100 u/ml - solution injectable

04 unité le matin
05 unité le midi
05 unité le soir
SOIT 4 boites de 5 STYLOS POUR LES 3 MOIS

PHARMACIE MUY EL HASSAN
Dr. AKOUAKHARIM
50-52 Lot 3 Missini Rue 2
Hay Hassan - Casablanca
Tel.: 05 22 90 35 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

Dr. Farida JENNANE
Professeur de Pédiatrie
Endocrinologue Diabetologue
Gynécologue Endocrinologue Diabetologue

Clinique Pédiatrique Ajial

Casablanca Le: 21/04/2021

Pré-Facture N° 73464

Etablie par ZINEB Page 1/1

Identification

N° Dossier : X1D215558

MUPRAS

N° Identifiant : 18075096/18

Nom & Prénom : MARIKH MAHA

C.I.N. : BE543725

Date Début : 21/04/2021

Date Fin : 21/04/2021

Adresse : CASA

Traitemet : Consultation

Médecin : JENNANE FARIDA

Prestations

Qté

Prix U.

L.C.

Coef

Montant

MEDICAL

Frais clinique

1	50,00	50,00
---	-------	-------

PARTIE CLINIQUE :

50,00

HONORAIRES MEDICAUX

Dr. JENNANE FARIDA (PEDIATRE)

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

PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:

300,00

TOTAL FACTURE

350,00

Arrêtée la présente Pré-Facture à la somme de :

Trois cent cinquante Dirhams

Cachet et signature

