

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

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.

## die 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

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

Nº M21- 070030

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11590

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ADIL AHAL

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 06 40 85 41 07 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/11/2021

Nom et prénom du malade : Nour Nandati

Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Gastroite

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 : CASA

Le : 29/11/21

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

#### **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
26/11/21	OC	+ 670 dh	+	Signature

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/02/2010	61,69

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

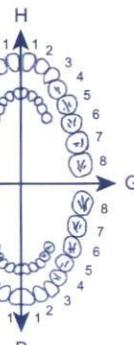
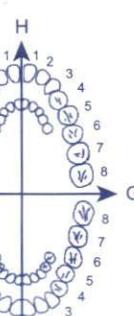
#### AUXILIAIRES MÉDICAUX

## **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

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 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXEC

# AJIAL أجيال



مصحة الطفل والرضيع  
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le :

26/11/2021

Nournah Nour

52.80

SV

1) Oedes 20 ml

LOT 201587  
EXP 05/2023  
PPV 52.80DH

LOT: 211273  
PER: 07-2024  
PPV: 11.30DH

1 gel x 2

1 gel / p

SV

2) ~~Pectizem~~ Vopstene suppo x 30  
suppo x 30 a vomit.

64.10



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](mailto:direction@clinique-ajial.ma) / [www.clinique-ajial.ma](http://www.clinique-ajial.ma)

# AJIAL أجيال



مصحة الطفل و الرضيع  
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le :

26/11/2021

Noush Nour

1) Cloram % Amorph le

2) Ocdes 20 mg



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](http://www.clinique-ajial.ma)

# Clinique Pédiatrique Ajial

Casablanca Le : 26/11/2021

Etablie par ZAHIRA RECEPTION Page 1/1

## Pré-Facture

### Identification

N° Dossier : X1K2618935

N° Identifiant : 1901243/19

### Nom & Prénom : NOUQATI NORÉ

CIN : BH166034

Date Début : 26/11/2021

Date Fin : 26/11/2021

Adresse : CASA

Traitemet : Consultation

Médecin : ABAKKA BOUCHRA

### Prestations

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

#### MEDICAL

Injection intraveineuse sans voie

1 200,00

200,00

Frais clinique

1 100,00

100,00

Total Rubrique :

300,00

#### PHARMACIE

Pharmacie

1 100,00

100,00

Total Rubrique :

100,00

#### PARTIE CLINIQUE :

400,00

#### HONORAIRES MEDICAUX

Pr. ABAKKA BOUCHRA (PEDIATRE)

1 250,00

250,00

Total Rubrique :

250,00

#### PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:

250,00

**TOTAL FACTURE**

650,00

Arrêtée la présente Pré-Facture à la somme de :

Six cent cinquante Dirhams

