

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom

Date de naissance

Adresse

Tél.

Société :

Autre :

Total des frais engagés : **2.440,40 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

PR. H. SIBAI
CHIRURGIEN PÉDIATRE
117 Av. 2 Mars (Angle Rue de Rome)
N°25, 5ème Etage - Casablanca

Date de consultation

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté

Nature de la maladie :

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 :

Le : **09/09/2022**

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 Relevé des Actes
26/08/22	Voir facture n° 1157722		2200,-	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/08/22	260.40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

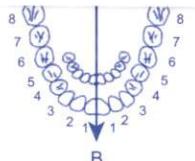
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

Service Caisse
Quittance N° 18557/22

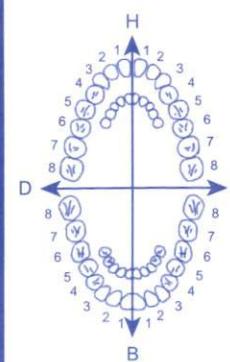
Le 26/08/2022 10:54

Barcode
Ordre Encasement : MERIEM FACT

Opérateur : MERYEM CAISSE
Patient : X2H2615221 EL BJAOUNI ISLAM
Chèque N° : 4871103 Date : 26/08/2022
BMCI Montant : 2 200.00
Total Chèque : 2200.00



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

(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

T HONORAIRES

qué en indiquant la nature des soins.

le traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

Cœfficient

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

AJIAL أجيال



مصحة الطفل و الرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le :

COMTE RENDU OPERATOIRE

DATE : 26/08/2022

NOM - PRENOM : ELBJAOUNI Islam

INDICATION : Phimosis et frein de langue

INTERVENTION : Circoncision et cure du frein

CHIRURGIEN : Pr h.Sibai

ANESTHESISTE REANIMATEUR : Pr B.Hmamouchi

Sous anesthésie générale et bloc pénien.

Excision de l'excès de peau puis de muqueuse.

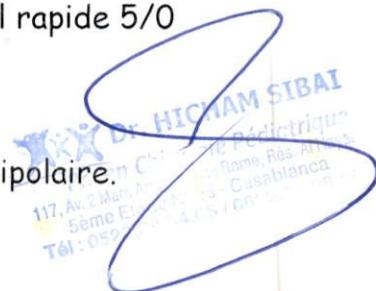
Recoupe de la muqueuse

Hémostase

Points muco-cutanés au vicryl rapide 5/0

Crème et pansement

Section du frein de langue. Bipolaire.



Clinique Pédiatrique Ajial

Casablanca Le : 26/08/2022

Facture N° 4577/22

Etablie par MERIEM FACT Page 1/1

Identification

N° Dossier : X2H2615221

MUPRAS

N° Identifiant : 22089200/22

Nom & Prénom : EL BJAOUNI ISLAM

C.I.N. : BE694613

Date Début : 26/08/2022

Date Fin : 26/08/2022

Adresse : CASA

Traitemen : "doigt de porte"

Médecin : SIBAI HICHAM

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

ACTES CHIRURGICAUX

K30	1	2.200,00			2.200,00
-----	---	----------	--	--	----------

Total Rubrique : 2.200,00

PARTIE CLINIQUE :

2.200,00

TOTAL FACTURE	2.200,00
----------------------	-----------------

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Deux mille deux cents Dirhams

Cachet et signature



AJIAL أجيال



مصحة الطفل و الرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE
Ordonnance

Doli®
PEDIATRIQUE

PARACETAMOL

LOT: 220611
PER: 10-2024
PPC: 15.90DH

**Vaseline
Officinale**

PPV 17DH50
PER 03/25
LOT L956

17,50



Nom - Prénom : Elbjaouni Islam

Poids : 9kg600

17.50

1/ Dolipédiatrique 1 dp x 3/j pendant 5 jours

2/ Septispray

3/ Emulsion cicatrisante Elliance

4/ Eosine acqueuse

5/ Vaseline

164,00

30.00

15,90

2)

EMULSION CICATRISANTE
LOT: BJJ 45
EXP: 10/2024
PPC: 161.00DH

Dr. MICHAEL SIBAI
Fz. En Chirurgie Pédiatrique
117, Av. 2 Mai 2011, 1000 Casablanca
5ème Etage 28/04/05 / 0659.28.08.58
Tél: 022.28.04.05 / 0659.28.08.58

TOPEOSINE

Spray d'acné
PPC: 30.00DH
PER: 06/2025
L: 202206084
A 2%
EOSS

347, Boulevard Panoramic

: +212 522 87 81 81 / +212 522 21 00 21 / Fax: +212 522 67 25 00

direction@clinique-ajial.ma / www.clinique-ajial.ma

DR. KOUKI
Andalous IV, Anfa
et Casablanca - CASABLANCA
Tél: 022.83.59