

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

- 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-797927

166376

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12615			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Société : RAM	
Nom & Prénom : MAKHSOU Saïd			
Date de naissance : 26 di 1986			
Adresse : N°107 Tapisserie Sijilmassa, Errachidia			
Tél. : 0663199574 Total des frais engagés : 4.1558,00 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	
Nature de la maladie :	
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 : **La Casablanca** Le : **1/1/2019**

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
27/05/23			INP : 671306121 R.RADA	INP : 671306121 R.RADA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DOCTEUR KRIKORIYAN KHAITABI 2023-05-27-35-CAR	27/05/23	25810

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 :
				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"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
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

أجيال AJIAL



مصحة الطفل و الرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le : 27/05/2023

Luft rein riechen

20:60

1 - Argentini 513

17.50 10dp x 3/11 11 061cm

2- Recipe Oh's Frigo 9/3

30.00 Addpxsl, silver

3: Celesterne zu Heldenbetuten

140 gallery ~~rule~~ with rule

Mo. 00

4 - Reeks eerste week 25/07/2017
28/07/2017

Maple Leaf volt 2.65 →

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

PPV: 70,60 DH
LOT: 650389
PER: 08/2024

AUGMENTIN 100mg/12,50mg/1ml
Poudre pour suspension buvable, 60 ml



6 118000 160205

B.No.: 1130
MFG.: 07 2022
EXP.: 06 2027



Pédiatrique

Paracétamol

PPV 17 DH 50
PER 12/25
LOT 140

17,50

Doli Pédiatrique

Paracétamol 3%

SOLUTION BUVABLE 90 ml



6 118000 040965

LOT: 1046
PER: 01 - 25
P.P.V: 30 DH 00

Bétaïne 0,05%, solution
buvable, flacon de 30ml



6 118000 091806

AJIAL أجيال



مصحة الطفل والرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

cro

Casablanca, le : 07/05/123

l'enfant : Islam Alchoua

- sens thermiques (6/24)
- plis de 1cm y compris sur oreille
- maturité pré-ado 6.0
- présent





مصحة الطفل والرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le : 22/10/23

NOTE D'HONORAIRE

..... 0677 54 88 74

Tourne, Casablanca

347, Bd. Panoramique

..... 01 Chirurgie de la Face et de

Le Docteur.....

A l'honneur de présenter ses meilleures salutations à

.....

Et lui adresse l'usage de sa note d'honoraires.

Soit la somme de DHS



SIGNATURE

Clinique Pédiatrique Ajial

Casablanca Le : 27/05/2023

Pré-Facture		Etablie par ZAHIRA RECEPTION		Page	1/1
Identification					
N° Dossier : X3E279026	MUPRASI		N° Identifiant : 22032393/22		
Nom & Prénom : MAKHSOU ILYAN					
C.I.N. : SDVCVCF		Date Début : 27/05/2023	Date Fin : 27/05/2023		
Adresse :					
Traitemen : Consultation		Médecin : BERRADA OMAR			
Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
ACTES CHIRURGICAUX					
K20	1	650,00			650,00
		Total Rubrique :			650,00
					650,00
PARTIE CLINIQUE :					
HONORAIRES MEDICAUX					
Dr. BERRADA OMAR (O R L)	1	650,00			650,00
		Total Rubrique :			650,00
					650,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:					
			TOTAL FACTURE		1 300,00

Arrêtée la présente Pré-Facture à la somme de :

Mille trois cents Dirhams

Cachet et signature

