

## 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

### 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 une fois par an.

### 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.

**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

M23- N° 0031562

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12274 Société : RAI  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 189513  
Nom & Prénom : Crous  
Date de naissance : 25/12/78  
Adresse : 478, rue des Erables, C.G.R., ville verte, Boukhara  
Tél. : 0662771773 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....  
Nom et prénom du malade : Complément  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
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 : ...../...../.....  
Signature de l'adhérent(e) : .....



### RELEVÉ 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien      Date des Soins      Nombre      Montant détaillé des Honoraires

Nombre			
A M	P C	I M	I V

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

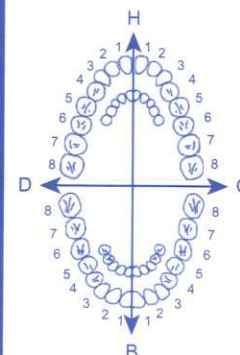
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

#### SOINS DENTAIRES

Dents Traitées      Nature des Soins      Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

#### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
00000000	00000000
35533411	11433553

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Etat des remboursements médicaux BCSS**  
**Fin novembre 2023**

Date Paiement	Mle	Nom Per	Prenom Per	Num Dossier Soins	Raison Sociale Executant	Lib Specialite Defaut Executant	Mtt Depense	BCSS	CMCAS	Mtt Remb
17/10/2023	00079075	KETTANI	ISMAIL	922486	ORTHOPHONIE	Orthophonie	5 000,00	840,00	160,00	1 000,00
17/10/2023	00079075	KETTANI	ISMAIL	922485	ORL / OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	ORL OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	300,00	100,80	19,20	120,00
17/10/2023	00079075	KETTANI	MEHDI	922484	GASTROLOGIE - HEPATHO-BILIAIRE	GASTROLOGIE-HEPATHOBILAIRE	300,00	100,80	19,20	120,00
17/11/2023	00079075	KETTANI	ISMAIL	915836	PEDIATRIE	PEDIATRIE	350,00	100,80	19,20	120,00
17/11/2023	00079075	KETTANI	ISMAIL	915836	PHARMACIE	PHARMACIE	135,30	113,65	21,65	135,30

أجبال AJIAL



مصحة الطفل و الرضيع  
CLINIQUE PEDIATRIQUE

كعنانة محمد Casablanca, le 14.10.23  
L'12m

① DLFatil 250  
194 23/5 2g H<sub>2</sub>O  
Bionday  
22.50 2 22.50 3 17/2 24/5 2g  
12.80 3 17/2 24/5 2g  
12.80 3 17/2 24/5 2g

Dr. SAMMAMA Moufdi

Pédiatre

Allergologie et Asthme

Echographie Pédiatrique

347, Boulevard Mohammed VI, Casablanca - Maroc

Tél. : +212 522 87 25 01 / Fax : +212 522 87 25 01

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





مركز التفتيات

SANS CONTACT )))

14/10/23 16:40:50

9900501025

95010201

CLINIQUE AJIAL  
Casablanca

A0000000041010

APP : MASTERCARD

xxxxxxxxxxxx1439

CARTE NATIONALE

A41B34BE62C449F8

201-0-9999-1-55

MONTANT: 350,00 MAD

NUM TRANSACTION : 002

NUM AUTORISATION: 427281

STAN : 005077

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT

# Clinique Pédiatrique Ajial

Casablanca Le: 14/10/2023

Facture N° 5487/23

Etablie par WIDAD ACCUEIL

Page

1/1

## Identification

N° Dossier : X3J1418724

N° Identifiant : 21032037/21

**Nom & Prénom : KETTANI ISMAIL**

C.I.N. : GGG

Date Début : 14/10/2023

Date Fin : 14/10/2023

Adresse :

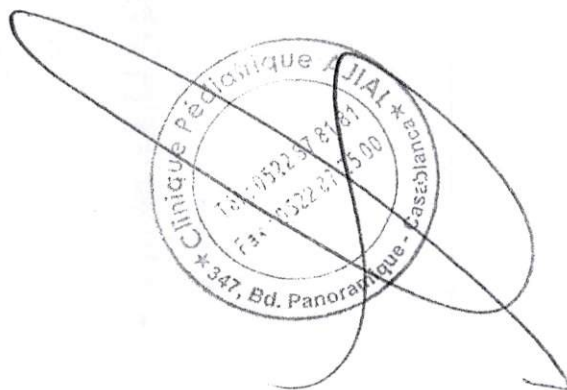
Traitement : Consultation

Médecin : SAMMAMA MOUFDI

Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
<b>MEDICAL</b>					
Frais clinique	1	100,00			100,00
Total Rubrique :					100,00
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>					<b>100,00</b>
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>					
Dr. SAMMAMA MOUFDI (PEDIATRE)	1	250,00			250,00
Total Rubrique :					250,00
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:</b>					<b>250,00</b>
<b>TOTAL FACTURE</b>					<b>350,00</b>

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Trois cent cinquante Dirhams



Cachet et signature