

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 18974

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Crespo

Date de naissance : 25/12/78

Adresse : 478, rue des Eroables, CGR,
ville verte, Boukharia

Tél. : 0662776173 Total des frais engagés : Dhs

Optique

Autres

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : complément Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

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) :



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		A M	P C	I M	I V	

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	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
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



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

AJIAL أجيال



مصحة الطفل والرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

KETTANE ISMIL Casablanca, le : 14.10.23
عمرها

DRLFST 18⁰g
194 13 15 26 11⁰g
Bio 148
ur 316 28
1300 22
17/2 4/5/2
Doliprane 300 mg
1mg 1/2 4/5/2 3/2



Dr. SAMMAMA Moufdi

Pédiatre

Allergologie et Asthme

Echographie Pédiatrique

347, BOULEVARD RABTA 1010 Casablanca - Maroc
Tél: +212 522 82 44 44 Fax: +212 522 21 00 21 / direction@clinique-ajial.ma / www.clinique-ajial.ma



SANS CONTACT

14/10/23 16:40:50
9900501025
95010201
CLINIQUE AJIAL
Casablanca

A0000000041010
APP : MASTERCARD
xxxxxxxxxxxxxx1439
CARTE NATIONALE
A41B34BE62C449F8
201-0-9999-1-55

MONTANT: 350,00 MAD
NUM TRANSACTION : 002
NUM AUTORISATION: 427281
STAN : 0050??

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 :

Traitements : Consultation

Médecin : SAMMAMA MOUFDI

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

MEDICAL

Frais clinique	1	100,00			100,00	
		Total Rubrique :				

PARTIE CLINIQUE :

100,00

HONORAIRES MEDICAUX

Dr. SAMMAMA MOUFDI (PEDIATRE)	1	250,00			250,00	
		Total Rubrique :				

PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:

250,00

TOTAL FACTURE 350,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Trois cent cinquante Dirhams

Cachet et signature

