

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

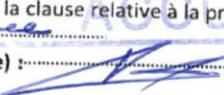
- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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.

N° W19-432858

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société	
Matricule : 12622	Actif	Pensionné(e)	Autre :
Nom & Prénom : ALAHAYANI Amine		Date de naissance : 28/10/1987	
Adresse : Cdt ELISMALI Bn 5 n31 Etg 3 appart 478,73		Tél. : 0522204545	
Total des frais engagés : 478,73 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : ALAHYANI Amine Age : 32 ans			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Sens De borboreme			
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 : Casablanca **ACQUET** **Le : 12/10/2019**
 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
11/07/2019	Vétérinaire	1	47217300	INP : 490069394 Signature du Médecin Chambre Syndicale de la Santé

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						

VOLET ADHÉRÉ

RELEVE DES FRÀIS 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 : <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"/>												
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
		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"/>														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

AJIAL أجيال



مصحة الطفل والرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le : 11/07/15

Nesca Radiz Alattapou

19 mois

J'ai d'une bûche par
écaillantement.

Soins locaux à base de
creme cicatrisante sur le
tronc



Dr. DIOURI Mounia
Professeur
Chirurgien Plasticien
Panoramique

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

Clinique Pédiatrique Ajial

Casablanca Le : 11/07/2019

Facture N° 3877/19

Etablie par WIDAD ACCUEIL Page 1/1

Identification

N° Dossier : X9G1110371

MUPRASI

N° Identifiant : 19066785/19

Nom & Prénom : ALAHAYANI RADIA

C.I.N. : DA25147

Date Début : 11/07/2019

Date Fin : 11/07/2019

Adresse : CASA

Traitemet : Consultation

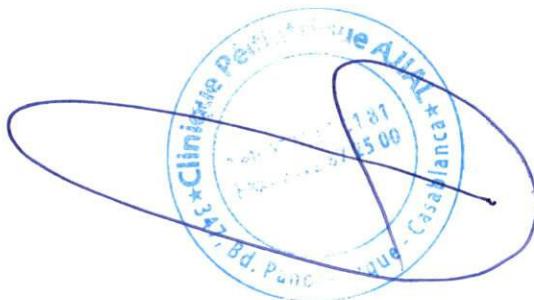
Médecin : DIOURI MOUNA

Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
MEDICAL					
Frais clinique	1	100,00			100,00
		Total Rubrique :			100,00
CONSOMMABLE MEDICAL					
Consommables médicaux	1	53,75			53,75
		Total Rubrique :			53,75
PHARMACIE					
Pharmacie	1	18,98			18,98
		Total Rubrique :			18,98
PARTIE CLINIQUE :					
HONORAIRES MEDICAUX					
Pr. DIOURI MOUNA (CHIRURGIE PLASTIQUE)	1	300,00			300,00
		Total Rubrique :			300,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:					
			TOTAL FACTURE		472,73

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Quatre cent soixante douze Dirhams et soixante treize Cts

Cachet et signature



Clinique Pédiatrique Ajial

DATE: 11/07/2019

PAGE: 1

Détail de la pharmacie consommée

Patient ALAHAYANI RADIA

Dossier N° X9G1110371

Date	Produit consommé	Quantité	Prix Unit.	Montant
<i>Pharmacie</i>				
11/07/2019	MERCYRL 300 ML SOLUTIO (01)	1	5,28	5,28
11/07/2019	SERUM SALE 0.9% 100ML POCHE (01)	1	13,70	13,70
				Total 18,98
<i>Consommables médicaux</i>				
11/07/2019	BANDE VELPEAU 2.5MX10 CM LOH	1	12,03	12,03
11/07/2019	BANDE DE GAZ 5CM*3M LOH (100)	1	9,00	9,00
11/07/2019	GANT STERILE AVEC POUDRE T6.5 (01)	2	10,06	20,12
11/07/2019	GANT JETABLES /100	2	0,80	1,60
11/07/2019	COMPRESSE DE GAZ 7.5*7.5 (10)	1	6,00	6,00
11/07/2019	PHARMAFIX SPARADRAP	2	2,50	5,00
				Total 53,75
	Total journée	11/07/2019		72,73
			Total Pharmacie	72,73

