

# 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

- Reclamation : 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.

N° W21-775789

203044

Ma  
adhésion  
soins

**Maladie**  **Dentaire**  **Optique**  **A**

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12365 Société : RAN / PNT

**Actif**  **Pensionné(e)**  **Autre**

Nom & Prénom : C.HAACHOU BADIA

Date de naissance : 10/11/87

Adresse : 11 RTE MEKRA RES. PORTE CALIFORNIE  
SACAH 14 CASA

Tél. : 0661103628 Total des frais engagés : 1490,80 dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/09/2024

Nom et prénom du malade : CHAACHOU LEIA Age : 05

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfan

Nature de la maladie : Plaie du Vagin

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'adhérent ou au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA Le : 14 AVR. 2024

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
04/03/2014		100	1300	INP : 333, Boulevard de l'Yvette, 91100 Boulogne 7eme étage, N°10 INPE 0612903012

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE</b> <b>5, AV. L.</b> <b>Bd Rousset, 28310, Maârif</b> <b>Pr. El Khoussi Zouita</b> <b>ICE: 000.204.283.000.84</b> <b>INPE: 092.05.19.10</b>	04/03/2024	190,80 - HT

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	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

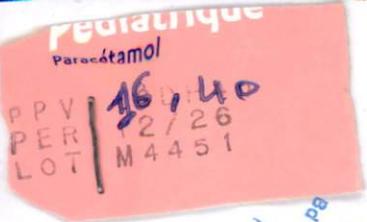
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



AJIAL

PPV : 20DH60

SP11  
LOT  
Prix  
0725  
89.00



مصحة الطفل والرضيع  
CLINIQUE PEDIATRIQUE

LOT: 6577  
PER: 08/25  
PPV: 64DH80

Casablanca, le :

24/03/2014

choachan leia

- 1) Sédar sips enfants au Sédar Sip 10 DDP x 31 J 16,40 
- 2) Desktop pédiatrique 20,60 
- 3) Niflunit 400mg suppo 89,00 
- 4) Sedastenil pédiatrique 190,80 

Pharmacie SAROUSSI  
Bd Rroy 14  
ICE: 092.05.19.10  
INPE: 092.05.19.10  
1000 Casablanca

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](http://www.clinique-ajial.ma)

# Clinique Pédiatrique Ajial

Casablanca Le :

Pré-Facture N° 146108		Etablie par ZAHIRA RECEPTION			Page	1/1
<b>Identification</b>						
N° Dossier : X4C044237				N° Identifiant : 21066170/21		
<b>Nom &amp; Prénom : CHAACHOU LEIA</b>						
C.I.N. : BE803546		Date Début : 04/03/2024		Date Fin : 04/03/2024		
Adresse :						
Traitemen : Consultation		Médecin : OUELD EL HACHEMI MARIAM				
Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant	
<b>ACTES CHIRURGICAUX</b>						
K20	1	650,00			650,00	
		Total Rubrique :			650,00	
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>						
Dr. OUELD EL HACHEMI MARIAM (CHIRURGIE GENERALE)	1	650,00			650,00	
		Total Rubrique :			650,00	
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:</b>						
<b>TOTAL FACTURE</b>						
<b>1 300,00</b>						

Arrêtée la présente Pré-Facture à la somme de :

*Mille trois cents Dirhams*

Cachet et signature

