

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.

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

N° W21-718256

(37735)

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e) Matricole : 6419 .			
Société : RAM			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : RASSAD SAID			
Date de naissance : 16/08/1967			
Adresse : 529 lot hay Fath casabla ce			
Tél. : 0661566363 Total des frais engagés : 400 Dhs			

Cadre réservé au Médecin Dr. AZZEDDINE KHALIL PEDIATRE Allergologie-Homéopathie 174, Résidence Rizk - Rue Ezzouhour, Casablanca TELEFON : 0522 62 62 66 - GSM : 0661 31 56 06			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 15/05/11			
Nom et prénom du malade : RASSAD SAID MAHMOUD Age: 50			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Affect unini			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCIDENT			
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 : 15/05/2011

Signature de l'adhérent(e) :

EXECUTION DES ORDONNANCES



AKDITAL

Clinique Atfal
مَكْنَةُ أَطْفَالٍ

Casablanca, le....., 15/10/22

RASSID EL GOURAOU

— ECRN —

CLINIQUE PEDIATRIQUE
ATFAL
50, Bd. Abderrahim Bouabid
OASIS - Casablanca
Tel: 0522 23 18 18 - INPE: 090003690

Dr. Azzedine KHALIL
PEDIATRE
Allergologie-Homeopathie
174, Residence Rizk - Rue Ezzouhour-Casa
Tél/Fax : 0522 83 62 59 - GSM : 0661 31 56 06

Dr. Azzedine KHALIL
PEDIATRE
Allergologie-Homeopathie
174, Residence Rizk - Rue Ezzouhour-Casa
Tél/Fax : 0522 83 62 59 - GSM : 0661 31 56 06

50, Bd. Abderrahim Bouabid, Oasis, Casablanca
Tél. : 05 22 23 18 18 (8LG) / 05 22 23 50 73 - Fax : 0522 23 50 28
E-mail : atfalclinique@gmail.com
Site web : www.cliniqueatfal.ma

CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le :

PREFACTURE

A. Identification

N° Dossier : ATF22J15211451 N° Identifiant : 009840

Nom & Prénom : Enf. RASSID MAHMOUD

C.I.N : .

Adresse : LOT HADJ FATEH N° 529 APPT 3 OULFA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 15-10-2022

Date Sortie :

Traitement :

Médecin traitant : DR . KHALIL AZEDDINE

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	CONSULTATION		400,00			400,00
Total Rubrique :						400,00
PARTIE CLINIQUE :						
PARTIE HONORAIRE ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :				TOTAL GENERAL		400,00

QUATRE CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

Tél : 0522 23 18 18 / 05 22 23 50 73 - Fax : 05 22 23 50 28
E-mail : atfalclinique@gmail.com -- Site web : cliniqueatfal.ma --
AF CNSS : 6354865. IF : 01087089. ICE : 001685121000068. RC : 439509
RIB : BANQUE SG OASIS CASA SGMB MAMC 022780000156000500667474 Patente : 34751594