

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
 O Prise en charge : pec@mupras.com
 O 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

Authorisation CNDP N° : AA-215/2019



Déclaration de Maladie

N° W21-775177

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 13128

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Chergui Danif

Adnane

Date de naissance :

10/9/1992

Adresse :

Res sidi abderrahman GH14 apt 45 Oulfa
Casablanca

Tél. :

0611 42 42 90 Total des frais engagés : 600,2 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ASMA ESSOUIBA
PEDIATRE - INPE : 071183156
Bd Qued AOU Im City Office ,Etg 3, N° C7
Quartier Missimi Oulfa HASSAN - Casablanca
05 22 89 61 41 / 06 60 60 37 30

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

CHERGUI NADINE

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Bronchite - 1er yr grippe - jas broche

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

Signature de l'adhérent :

Le : 18/01/2023

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.
11/11/13 CS			400,00	DR ASMA ESSOUIBA MDT / INPE 071183156 Bd Oued LAOU ,Im City Office ,Bdg 3 ,N°C7 Quartier Missimi Oulfa H.HASSANI - Casab 05 22 89 61 41 / 06 60 60 37 30 ÉDARME abid

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE D'ANNECY 132, BIS Route de TOULOUSE 0512 99 02 84	14/11/23	€ 22, 20 -

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	

BELIEVE DES FRAIS ET HONORAIBES

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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le : 11-01-2023

Facture N° 00709/23**A. Identification**

N° Dossier : ATF23A11144130 N° Identifiant : 031463/23

Nom & Prénom : bebe CHERGUI DARIF NADINE

C.I.N :

Adresse : CASA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 11-01-2023

Date Sortie : 11-01-2023

Médecin traitant : DR . ESSOUIBA ASMA

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	CONSULTATION		400,00			400,00
Total Rubrique :						
PARTIE CLINIQUE : 400,00						
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES : 0,00						
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

CLINIQUE MÉDIALE
ATFAL
50, Bd. Abderrahim Bouabid
OASIS - Casablanca
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 --



AKDITAL

Clinique Atfal
جْلَفَلْ أَطْفَالْ

Casablanca, le

01/11/2013

Catégorie Attaque

(A.S)

21,90

1 - Pantovent

1/2 g -> 35 107

30,00

2 - Betastrene goutte.

(A.S)

9 gouttes 5 03-06

3 - 66,10 x 2

(A.S)

26,40

4 - 10'oxex

(A.S)

10 addn = 35 108j

9,70

5 - Diprane 100

(A.S)

1 goutte x 35 108j

Dr. ASMA ESSAIDI
PEDIATRE - INPE : 071 / 83156
Bd Oued LAOU, Im City Office El93, N° C7
Quartier Missimi Oulfa H.HASSANI, Casablanca
0522 23 50 73 / 0522 23 50 28

6 - Compresse Stein

50, Bd Abderrahim Bouabid, 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

10 920, 20

LOT : 1500
UT. AV: 08 - 24
P. P.V: 30 DH 00

Butovent®

0,04%

Salbutamol

PFV 210 Hs 0

E10148C00

PFV 26 40



NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS

Tableau A (Liste I) - Uniquement sur ordonnance
دواعي | دواعي - يصرف بوصيب وصفة طبية

PPV 66DH10

LOT L2153 PER 07/24

PPV 66DH10

LOT L355 PER 01/24