

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.

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

164297

Déclaration de Maladie : N° S19- 0007401

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12.976 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL GSSIER Hajar Date de naissance : 13/10/1990

Adresse :

Tél. : 0600628192 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

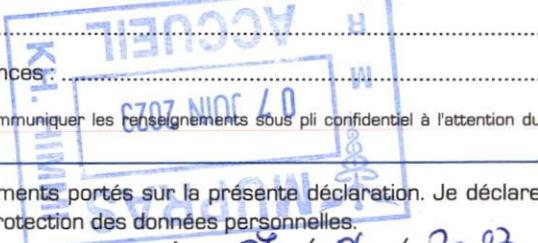
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

Le : 07/06/2023

Signature de l'adhérent(e) : Vluy



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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
<img alt="Diagram of the dental arch showing numbered teeth from 1 to 8 on both upper and lower arches. A vertical line labeled 'D' is on				

DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE

N° règlement : 2023069210

N° chèque

Contrat N°	004.2021.00000083	Ste Contractante	OPPPT PERSONNEL ACTIF	Soin du	21/04/2023
Adhésion N°	11320	Adhérent(e)	BETTIOUI ZAKARIA	Sinistre N°	040.2023.00258104
Malade	JAD	Déclaré le	16/05/2023	Date décision	22/05/2023
RIB	0117930001420000083643			Reçu le	16/05/2023

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
ACTES DE CHIRURGIE OU DE SPECIALITE	500,00	0,00	500,00	80	400,00
CONSULTATION DE SPECIALISTE	400,00	0,00	400,00	80	320,00
Pharmacie	318,50	0,00	318,50	80	254,80
Totaux	1 218,50	0,00	1 218,50		974,80
Dossier N° :	3327580	Règlement Compagnie (Dhs)			974,80

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)



SOINS ET PROTHESE DENTAIRES



AKDITAL

Clinique Atfal
مصحة أطفال

Casablanca, le 22/04/2023

BETTOU Jad

136,00

1) INNEXIUM 50 mg

LA PHARMACIE SARL Mohammadi
Angle Boulevard Mohammadi
Tél. 05 23 32 05 02

facture

2) Diazol 50 mg 100

3) Nauseum 50 mg

facture

60,00

4) Endogenica

facture

318,50

CLINIQUE ATFAL
50 Bd Abderrahim Bouabid
Casablanca
Tél. 05 22 23 18 18 (BLG) / 05 22 23 50 73 - Fax : 05 22 23 50 28
Dr. ROCHI FATIMA EZZAHRA
INPEP Pédiatre
06 12 45 346

50, Bd. Abderrahim Bouabid, Oasis, Casablanca

Tél. : 05 22 23 18 18 (BLG) / 05 22 23 50 73 - Fax : 05 22 23 50 28

E-mail : atfalclinique@gmail.com

Site web : www.cliniqueatfal.ma

CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le : 21-04-2023

page 1/1

Facture N° 06631/23

A. Identification

N° Dossier : ATF23D21010612

N° Identifiant : 034788/23

Nom & Prénom : Enf. BETTIOUI JAD

C.I.N :

Adresse : CASA

C. Débiteur

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 21-04-2023

Date Sortie : 21-04-2023

Médecin traitant : DR . ROCHDI FATIMA EZZAHRA

Traitemen

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	CONSULTATION		400,00			400,00
1	PERFUSION		500,00			500,00
		Total Rubrique :		900,00		900,00

PARTIE CLINIQUE :

0,00

PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :

Arrêté la présente facture à la somme de :

TOTAL GENERAL

900,00

NEUF CENTS DIRHAMS

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

Signature de l'assuré