

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

202866

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9101

Société : CasAero S.A

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZAMRANE Abdellah

Date de naissance : 17-02-1965

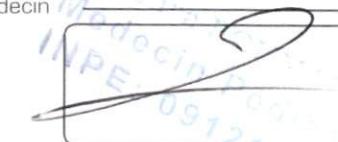
Adresse : Habituelle

Tél. : 0661318825 Total des frais engagés : 658,40

PR4FR05 /V2/20-10-2023
Autorisation CNDP N° : A-A-215 /2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/03/24

Nom et prénom du malade : ZAMRANE Younes Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Douloureuse Nodulaire

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : CasAero S.A Le : 31/03/24

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE DU TBO HAMDAOUI Fatna <i>Docteur en Pharmacie</i> <i>10, Bd. Ranhéol - Casablanca</i>	10/3/94	158,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
31/3/2014 Dr. A. S. Al-Subaie	31/3/2014			✓		100.00

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 de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
	B

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



AKDITAL

Clinique Atfal
مصحة أطفال

CLINIQUE PÉDIATRIQUE
ATFAL
Abderrahim Bouaïd
Oasis Casablanca

Casablanca, le 31/03/2024

ATFAL
Abderrahim Bouaïd
Oasis Casablanca

Yomes 30 ml Camer

37,60

S.V

1) Neofit

24 x 31 ml 4 j

22,00

34 ml

S.V

PHARMACIE DU TAC
129, Bd. Raphaël - Casablanca
Distributeur et pharmacie
TAMDAOUI Fatna

NEOFORTAN 40MG
10 CPS EFF
PPV 37DH40
EXP 10/2026
LOT 38023 2

PPV 20DH60
EXP 10/2026
LOT 32027 1

3) Prodefen

69,00

S.V

158,60

PRODEFEN®
Complément alimentaire

PPC : 99 Dhs

Lot : 130192
Date de Fab : 06.2023
Date de Pér : 06.2025



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



AKDITAL

Clinique Atfal
مصحة أطفال

Casablanca, le 31/03/24.

young son over

1) report

CLINIQUE PEDIATRIQUE
ATFAL
50, Bd Abderrahim Bouabid
Casablanca
T. 05 22 23 18 18 (8LG) / 05 22 23 50 73
E-mail : atfalclinique@gmail.com
Site web : www.cliniqueatfal.ma

~~Dr. A. GOURA
Médecin Pédiatre
INPE: 091212993~~

~~Dr. I. M~~

~~Dr. S. BOUMALTA
Médecin Pédiatre
INPE: 091212993~~

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

CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le :

page 1/1

PREFACTURE

A. Identification

N° Dossier : ATF24C31015821

N° Identifiant : 047321/24

Nom & Prénom : Enf. ZAMRANE YOUNES

C.I.N : Y

Adresse : CASA

Médecin traitant : DR . BOUMAHTA BOUCHRA

C. Débiteur

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 31-03-2024

Date Sortie :

Traitemen

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	CONSULTATION		400,00			400,00
1	INJECTION		100,00			100,00
Total Rubrique :						500,00
PARTIE CLINIQUE :						500,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL
						500,00

CINQ CENTS DIRHAMS

signature de l'assuré

