

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 canaux, 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 canaux.

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

- 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 - Same Etage Ancien Rue Mohamed Eskin et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horizon



Déclaration de Maladie

W21-833081

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9101 Société : Cas Aero S.A

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZAMRANE Abdelilah

Date de naissance : 17-02-1965

Adresse : Habituelle

Tél. : 0661 318825 Total des frais engagés : 658,40

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 ☒ Enfant

Nature de la maladie : Douleur Neuropathique

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'attention du 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 : Casablanca Le : 31 / 03 / 24

Signature de l'adhérent(e) : Zamrane

PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
31/03/24			400 dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE DU TROU HAMDAOUI Fatra Docteur en Pharmacie 50, Bd. Ranaël - Casablanca	31/03/24	158.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

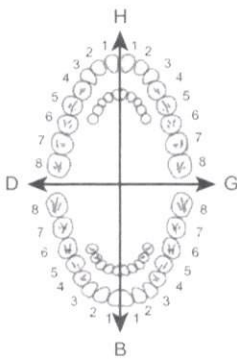
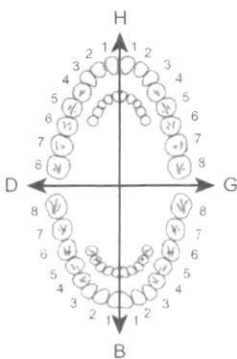
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
31/03/24	31/03/24			✓		400 dh

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	Coefficient des Travaux
					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE				Coefficient des Travaux
	<div><div>H</div><div><div>25533412</div><div>00000000</div></div><div>D</div><div><div>21433552</div><div>00000000</div></div><div>G</div><div><div>00000000</div><div>35533411</div></div><div>B</div></div>				
	<div><div>(Création, remont, adjonction)</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>				Montant des Honoraires
					Montant des Soins
					DATE D LE DEVIS
					DATE D L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



AKDITAL

Clinique Atfal

مصحة أطفال

Casablanca, le 31/03/24

Youssef 30m (mère)

37.60

S.V.

1) Neofl hom
2cp x 31 j mb 4 j

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

22.00

S.V.

2) 34 rchd

2 cam x 31 j mb 5 j

PPV 20DH60
EXP 10/2026
LOT 32027 1

99.00

S.V.

3) Prodyfer
1 rectly j



PRODEFEN
Complément alimentaire
PPC : 99 Dhs

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

158.60

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

Casablanca, le 31/03/24.....

yours son owner

1/ Maryam

Médicine Pédiatrique
INPE: 091212993CLINIQUE PÉDIATRIQUE
ATFAL
50, Bd. Abderrahim Bouabid
Oasis, Casablanca
Tél: 05 22 23 18 18 - 05 22 23 50 73
E-mail: atfalclinique@gmail.com
Site web: www.cliniqueatfal.maMédicine Pédiatrique
INPE: 091212993

CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le :

A. Identification		C. Débiteur				
N° Dossier : ATF24C31015821 N° Identifiant : 047321/24 Nom & Prénom : Enf. ZAMRANE YOUNES C.I.N : Y Adresse : CASA		page 1/1 Organisme : Payant ICE : Adresse : D. Période d'Hospitalisation Date Entrée : 31-03-2024 Date Sortie : Médecin traitant : DR . BOUMAHTA BOUCHRA Traitement :				
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

CLINIQUE PEDIATRIQUE
ATFAL
50, Bd. Abderrahim Bouabid
OAS - Casablanca
Tél : 05 22 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 : 230 780 4353188221009500 88 Patente : 34751594