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, protheses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectues 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 seances effectuées sont à joindre a 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

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'egard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6eme 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

PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 /2019

MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

W21-843067

M.g dappu

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12462 Société : 202885

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : GENANE ICHRAK

Date de naissance : 23/07/85

Adresse :

Tél. : 0662 76 3330 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Mezha PÉDIATRE INPE:091118

Date de consultation : 10/04/2024

Nom et prénom du malade : BENABDELJLL DINA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Gastro entérite

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.

MUPRAS M 22 AVR. 2024 R ACCUEIL BOULEVARD

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 : ..... / .....

L'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10.04.24	CS		400 DH	Dr. Nezha RAZ PEDIATRE INPE:091118150
	DFC			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ERRAHMANE KETTANI Houda Docteur en Pharmacie 101, Bd. El Hachemi El Fiali Ex. Tadeant California - Casablanca Tél : 05 22 52 30 51 / 06 68 90 98 38	10/04/24	122,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

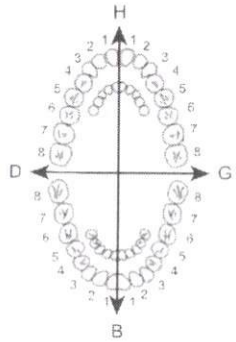
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
CLINIQUE PEDIATRIQUE ATFAL 50, Bd. Abderrahim Bouabid OASIS - Casablanca Tél : 05 22 43 49 10	10/04/24		IV			200 DH

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Cœfficient	Montant des Honoraires



CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

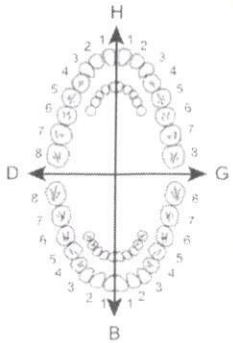
DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 | 21433552
00000000 | 00000000
D — G
00000000 | 00000000
35533411 | 11433553
B



(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession	Montant des Honoraires

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE ATFAL

090003690

CASABLANCA Le :

Facture N° PreFacture

A. Identification

N° Dossier : ATF24D10195120 N° Identifiant : 015899/22

Nom & Prénom : Enf. BENABDEJLIL DINA

C.I.N :

Adresse : CASA

C. Débiteur ***page 1/1***

Organisme : Payant

ICE : **Adresse :**

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 10-04-2024

Date Sortie :

Médecin traitant : DR . RAIQ NEZHA

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	INJECTION		200,00			200,00
1	CONSULTATION		400,00			400,00
				Total Rubrique :		**600,00**
			PARTIE CLINIQUE :			**600,00**
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00

Arrêté la présente facture à la somme de :

TOTAL GENERAL	**600,00**

SIX CENTS DIRHAMS

signature de l'assuré

CLINIQUE PRIVÉE ATFAL 50, Bd. Abderrahim Bouabid Casablanca

AKDITAL

Clinique Atfal
Hôpital Atfal

- 6ans
- 26 kg
- GE

Dr. Nezha RAIS
PÉDIATRE
INPE:091118

Casablanca, le 10.04.24

PHARMACIE ERRAHMANI
KETTANI Houda
Docteur en Pharmacie
90, Bd. El Nachem Et Tawfiq Californie - Casablanca
Tél : 05 22 57 30 07 / 05 08 55 55

122,50

ENABDELJLIL DINA

= Nauséeux

(1) Cloprane sirop.
1 dose 26kg x 3/j 15m Avant repas.

(2) 122,50 Nopaal 20 = 5
1 gell / soir 07 j

(3) TRINEDAT sirop
1 cc x 3/j = 21

(4) Entéro-germina 2M
1 dose x 2/j.

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

Whatsapp = 0662074147

Dr. Nezha RAIS
PÉDIATRE
INPE:091118

LOT YEXC
EXP. SEP-25
FAB. OCT-22