

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

- Réclamation : contact@mupras.com
 - Prise en charge : pec@mupras.com
 - Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

5 garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données
personnel



Déclaration de Maladie

Nº W21-661474

110666

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autre
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8812	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : TARHALI ABDERRAHMANE			
Date de naissance : 14/11/66			
Adresse : 52 Rue Sidi MOULAY El MANSOUR Agadir	Appt 13		
Quai Bourguiba	Marrakech	Maroc	
Tél. : 0675502915	Total des frais engagés :		
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :	 Dr. ROCHID BEN MERZOUK Bd. Al Qods 10 P.C.P. 22 Al Majlis Marrakech Maroc Tel: 0524 44 68		
Date de consultation			
Nom et prénom du malade	Tashali Tishamsd Chouib		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Crise d'asthme		
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'attache-médecin conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :.....

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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
18/03/12	CS		300,00	DR. MOHAMED ABDERRAHIM BOUAIBID Bd. Al Qods - Casablanca - Maroc CLINIQUE ATFA 0522 01 44 22 03000000000

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant HT
 PHARMACIE D'ABDO Docteur Rachid 38, Lot Al Othmania Sidi Maârouf Casablanca - Tél : 0527 - 9 341	18/03/22	119,50

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
		A M	P C	I M	I V	
CLINIQUE 50, Bd A.-de- l'Institut 01335 - C- France 01335-29-0000 09:00-12:00	18/03/12		✓ 9/			300,00

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'T



AKDITAL

Clinique Atfal
مصحة أطفال

Casablanca, le 18/3/2012

Rachid Al Khouja

CLINIQUE

ATFAL

OASIS - Casablanca

Tél: 0522 23 18 18 - INPE: 0500 3690

CLINIQUE ATFAL
OASIS - Casablanca
Tél: 0522 23 18 18 - INPE: 0500 3690

30,00

D) Betastene gr (S.V)
2% sur le mètrin à 04 fois

E) Aspiral spray f/S.V

89,50
à pulvériser à 03 fois à 05 fois

T = 119,50

PHARMACIE DAOUSS
DAOUSSI Rachid
Doréalis en Pharmacie
38 Lot. Al Maarouf
Casablanca - Tél: 0522 9 30 92

Dr. ROCHD BENMERZOUK
Pediatre
Bd. Al Qods, Lot. Al Majd
Imm. A 1^{er} Etage N° 4
Inara, Ain Chock - Tel: 0522 52 44 68

50, Bd. Abderrahim Bouabid, Oasis, 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



8 032578 479683

LOT 210915

2024/12

PPC : 89,50 DH

LOT : 4156
UT. AV : 10 - 23
P.P.V : 30 DH 00

Bétastène 0,05%, solution
buvable, flacon de 30ml



6 118000 091806

CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le : 18-03-2022

Facture N° 04816/22

A. Identification

N° Dossier : ATF22C18071756 N° Identifiant : 008334/21

Nom & Prénom : Enf. TARHALI MOHAMED CHOAIB

C.I.N :

Adresse : 52 RUE KOUTAIBA IBN MOUSLIM ETG 2 APPT 13 AT BURGER

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 18-03-2022

Date Sortie : 18-03-2022

Médecin traitant : DR . BENMERZOUK ROCHD

Traitemet :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	NEBULISATION		300,00			300,00
1	CONSULTATION		300,00			300,00
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

Cachet et Signature

CLINIQUE PÉDIATRIQUE
ATFAL
50, Bd. Abderrahim Bouab
OASIS - Casablanca
Tél: 0522231818 N° F: 090003690