

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-704091

120186

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8812 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TARHALI ABDERRAHMANE

Date de naissance : 14/11/66

Adresse : 52 RUE KOUTAIBA Ibn MOULIM Buzay

Tél : 0695592215 Total des frais engagés : 724,30 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/06/2022

Nom et prénom du malade : 1 Age :

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

Nature de la maladie : la varicelle

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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.

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 (tG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Morsad 93, Lot. Baïchra Route 1100 Sidi Maârouf-Casablanca Tél: 0522 32 19 29	12/06/22	324,30
	092043710	

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

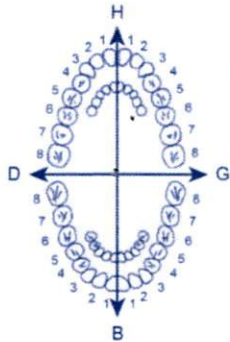
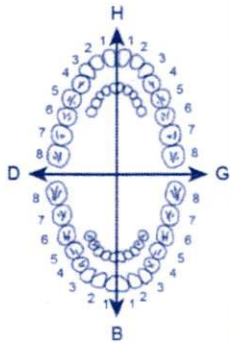
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AKDITAL

Clinique Atfal
مصحة أطفال

Casablanca, le 12/06/12

TARHALI

med

choorb

S. V.

159,80

A: 1 ans 1/2

1 - Augmentin

100 mg

2 : 26 kg

79,90 x 2

Pharmacie Morsad

93, Lot. Bouchra Route 1100
Sidi Maârouf-Casablanca
Tél: 0522 32 19 29

x 3

pl. 7 jrs

2 - Dermosept spray

1 app

x 3

20,00

Pharmacie Morsad

93, Lot. Bouchra Route 1100
Sidi Maârouf-Casablanca
Tél: 0522 32 19 29

3 - unetec sirp

V.

17,50

1 box

1

pl.

7 jrs

S. V.

01

4 - Poliporus

200 mg

Poliporus

1 box

26

x

3

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

28,00

1 - AGI Selma

S.V.

Curtec®

Cétirizine 1mg / ml
Solution buvable 60 ml



6 118000 041153

PPV: 20DH00
PER: 04/25
LOT: L1383

AGIDERM® 2%
Crème

Tube de 15 g



6 118001 010202

LOT : 304 Lab
PER : 10/24
PPV : 28,00 DH

Doli® PÉDIATRIQUE

PARACETAMOL 3%
SOLUTÉ BUVABLE 90 ml



6 118000 040965

Pharmacie Morsad
93, Lot. Bouchra Route 1100
Sidi Maârouf-Casablanca
Tél: 0522 32 19 29

PPV 170DH50
PER 03/25
LOT L944

DERMASEPT®
SPRAY

LOT: 1082
EXP: 04/25
PPV: 99,00DH

Pharmacie Morsad
93, Lot. Bouchra Route 1100
Sidi Maârouf-Casablanca
Tél: 0522 32 19 29

DROUAI ALAMI RAJAS
Pédiatre
45 Lot. Salam 1 Tranche D2 Etq 3 Appl 10
Ain Lghiem - Sidi Benmoussa - Casablanca

AUGMENTIN
500mg/62,50mg
12 sachets



6 118000 160243

PPV: 79,90 DH
LOT: 648706
PER: 02/24

AUGMENTIN
500mg/62,50mg
12 sachets



6 118000 160243

PPV: 79,90 DH
LOT: 648706
PER: 02/24

CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le : 12-06-2022

Facture N° 10765/22

A. Identification

N° Dossier : ATF22F12125644

N° Identifiant : 008334/21

Nom & Prénom : Enf. TARHALI MOHAMED CHOAI B

C.I.N :

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

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE :

Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 12-06-2022

Date Sortie : 12-06-2022

Médecin traitant : DR . OUALI ALAMI RAJAA

Traitement :

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

QUATRE CENTS DIRHAMS

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

•signature de l'assuré

CLINIQUE PÉDIATRIQUE
ATFAL
50, Bd Abderrahim Bouabid
Casablanca
Tél : 0522 23 18 18 - INPE : 090003690

CLINIQUE ATFAL

PATIENT : Enf.
TARHALI MOHAMED
CHOAIB

N° DOS :
ATF22F12125644
Sejour : Du 12/06/202
au 12/06/2022
MT : Dr. OUALI ALAM
RAJAA



Reçu N°: 31322

Paiement du 12/06/2022 13h51

Actes

Montant

400,00 Dh

Type de paiement

ESPECE

Imprimé par : WADI ZINEB Le 12/06/2022 13h