

# 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

- 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.

121028

## Maladie

## Dentaire

## Optique

## Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12583

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZERHOUNI SOFIANE

01/12/1987

Date de naissance :

Adresse : RES. LBS CHAMPS 3 G 18 NASSIM CASA

Tél. : 0662129142

Total des frais engagés :

Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENJELLOUN KARIM'  
Anesthésiste Réanimateur  
INPE : 091244780

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ZERHOUNI SOFIANE Age : 34

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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.

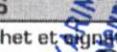
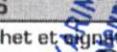
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Le : 18/06/2022

Signature de l'adhérent(e) : Scan R

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RES	Cachet et signature du Médecin attestant le paiement des Actes	
INP :		
		

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/12/82	30.-

Quality / 6

## **ANALYSES - RADIographies**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## Cachet et signature du Particulier

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODDF.



AKDITAL

Clinique Atfal  
مصحة أطفال

Casablanca, le

18/05/2022

Zerhoun Sofia

30.0

P=174Kg

Bétothé

VA

170gA

Pd 25

Jentii



Dr. BENJELLOUN KARIM  
Anesthésiste Réanimateur  
INPE : 091244780

LOT : 7910  
UT. AV : 04-29  
P.P.V : 30 DH.00

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

# CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le : 18-06-2022

## Facture N° 11285/22

### A. Identification

N° Dossier : ATF22F18090628

N° Identifiant : 002127/21

**Nom & Prénom : bebe ZERHOUNI SOFIA**

C.I.N :

Adresse : CASA

### C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

### D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 18-06-2022

Date Sortie : 18-06-2022

Médecin traitant : DR . BENJELLOUN KARIM

Traitemen

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>PRESTATIONS</b>						
1	CONSULTATION		300,00			300,00
1	NEBULISATION		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 :						
						<b>TOTAL GENERAL</b>
						600,00

SIX 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  
OASIS - Casablanca  
Tél : 0522 23 18 18 - INPE : 090003690

# CLINIQUE ATFAL

PATIENT : bébé  
ZERHOUNI SOFIA

N° DOS :  
ATF22F18090628  
Sejour : Du 18/06/2022  
au 18/06/2022  
MT : Dr.  
BENJELLOUN KARIM



Reçu N°: 31844

Paiement du 18/06/2022 09h44

Actes

Montant

600,00 Dh

Type de paiement

ESPECE