

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.

N° W21-727745

Complément

1268lg
Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 11461

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KADOUS NAWAL

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 : CASA

Le : 23/08/2022

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*



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
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	
	
	
	
	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

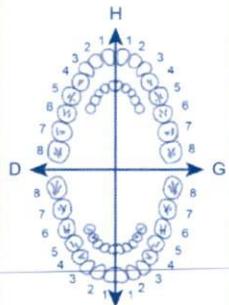
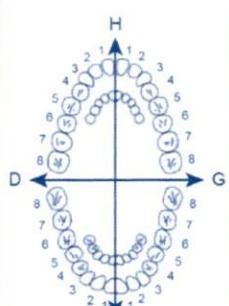
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	
	
	
	
	

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	Coefficient	INP : []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS []
				DATE DU DEVIS []
				DATE DE L'EXECUTION []

Note Importante :

LES MEDECINS SONT PRIÉS DE S'ASSURER DE L'IDENTITÉ DU MALADE AVANT DE SIGNER LA PRÉSENTE FEUILLE DE MALADIE

ORDONNANCE

le 27/12/2012

NOM DU PATIENT :

NAJATI ABAAH

① Vogelius suagr.
30,80 Imp x 3 j p.t 1 + 8%
95,00

App 2 Mois
P. 1400 D. = 3 P.

② Tr. melat. 1.00 x 31
95,00

③ DYNAVIT
1.000 mg p.t 100 mg

125,80

Volet Déachable

A conserver par l'assuré

CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le : 27-05-2022

Facture N° 09423/22

page 1/1

A. Identification

N° Dossier : ATF22E27173419

N° Identifiant : 021135/22

Nom & Prénom : Enf. NAJJAT ADAM YANIS

C.I.N :

Adresse : CASA

Médecin traitant : DR . SEIF-ALLAH NADIA

C. Débiteur

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 27-05-2022

Date Sortie : 27-05-2022

Traitements :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	CONSULTATION		300,00			300,00
PARTIE CLINIQUE :						
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL
TROIS CENTS DIRHAMS						300,00
Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :						signature de l'assuré



PARTIE RESERVEE AU MEDECIN

Date des actes médicaux	Nature de l'acte	Honoraires payés	Ordonnance	Signature et Cachet du médecin
27/05/22	CJ + Fait de la visite	30000	X	

PARTIE RESERVEE A LA PHARMACIE

Date	Cachet de la Pharmacie	Montant
17/05/22		125,80

PARTIE RESERVEE AUX AUXILIAIRES MEDICAUX

(Analyses - Radiographies - Actes paramédicaux)

Date	Nature et coefficient	Nombre d'actes	Honoraires payés	Signature et Cachet de l'auxiliaire médical

Cadre réservé à la Mutuelle

Médecin-Conseil	Observations Dossier	Total des débours

Volet Déattachable

A conserver par l'assuré



Rabat le 14/07/2022

Pôle Indemnisation,
Direction Accident de travail & Soins de santé
Service Indemnisation Santé

Décompte de remboursement

Sinistre : 3.31.2022.35837.2

Reglement : 2022/103268

Police : AI Amane Almihani STE MUTICERAME CADRE

Organisme : STE MULTICERAME Date réception : 24/06/2022

Adherent : 18 - NAJJAT MUSTAPHA Date de soins : 27/05/2022

Patient : 03 - NAJJAT ADAM YANIS

N° feuille de soins : 3612051

Acte	Frais engagés	Base remboursement	Taux remboursement	Remboursement
PHARMACIE	125,80	30,80	0.80	24.64
CONSULTATION SPECIALISTE	300,00	300,00	0.80	240.00
Total	425,80	330,80		264.64

Observation : dynavit NR

Mode de règlement : Chèque - 0424388

**Mutuelle Centrale Marocaine d'Assurances**

Société d'Assurances Mutuelle
Entreprise régie par la loi n°17.99 portant code des assurances
Angle Avenue Mohammed VI et Rue Houmane El Fatouaki, 10 200 Rabat - Maroc
Tél. : 05 37 54 44 00 - 05 37 54 40 00 • Fax : 05 37 75 23 13
Registre du commerce n°59791 - Fonds d'établissement : 4 000 000 000 Dhs

**DECLARATION MALADIE N° 3612051**

Maladie Maternité Optique Traitements spéciaux

Renseignements concernant l'assuré(e)

Employeur	:
Police N°	:
Nom et prénom de l'assuré :	Najat Mostapha	
Adhesion N°	:

Cachet de l'employeur:

PARTIE A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Je soussigné :	docteur en médecine
demeurant à :	declare avoir examiné
Nom et prénom du patient :	Najat Ammi
Date de Naissance :	1/12/2001
Nature de la maladie :	Lien de parenté: FILS
Durée du Traitement :
EN CAS D'ACCIDENT :
Effets et circonstances :

Déclaration faite à Casablanca

le 08/05/2022

Cachet et signature du Médecin

Signature de l'assuré(e)

Police N° :

N° 3612051

Nom et prénom de l'assuré :

Adhesion N° :

Date de consultation:

Total des frais engagés:

Date de dépôt:/...../.....