

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

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 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

M23-000046

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7647 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : RADI Riham

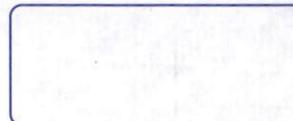
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.58.35.98.97 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : RADI Riham

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.

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) : .....

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23- 000046

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

# 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 ABC :

- 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.

**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 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7647 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RADI RIHAM

Date de naissance :

26.08.1962

Adresse :

lot Riyad Al Essalam N° 149

Tél. : 06 58 35 98 97

Total des frais engagés : 100000 DHS

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

20/11/2022

Nom et prénom du malade :

RADI RIHAM

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Urticaire Générale

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 : Centre Allal Ben Abdellah

Le : 21/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

W.M

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		
du 20/11/1999 Au 21/11/1999	Vaste Packus	• 24,28,78		INP : 10910183687 CLINIQUE PEDIATRIQUE ATPAL 50, Bd. Abderrahim Bouabid Oasis - CASABLANCA Tél: 05 22 23 10 18 Fax: 05 22 23 10 18		
21/11/1999	Erg	Gratuit				
EXECUTION DES ORDONNANCES						
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture				
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	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																				
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
	<b>DENTS TRAITÉES</b>  <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8  <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<b>NATURE DES SOINS</b>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Coefficient</b>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>INP :</b> <input type="text"/>																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS																
				DEBUT D'EXECUTION																
				FIN D'EXECUTION																
				<b>O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES</b>  																
				<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000		35533411	11433553
				H	25533412	21433552														
				D	00000000	00000000														
				B	00000000	00000000														
					35533411	11433553														
				<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
				<b>Coefficient DES TRAVAUX</b>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
				<b>MONTANTS DES SOINS</b>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
<b>DATE DU DEVIS</b>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																				
<b>DATE DE L'EXECUTION</b>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																				
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																				
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																				

**CLINIQUE ATFAL**  
50 Boulevard Abderrahim Bouabid  
Oasis , Casablanca , Maroc  
20000 Casablanca  
Tel : 05 22 23 18 18 Fax : 05 22 23 50 28  
IF 01087099

## RAPPORT MEDICAL

Patient **RADI RIHAM**

Médecin traitent **DR.EQUIPE REA**

Date **21/11/2022**

- Ent 1 ya
- ATU . Tchecm allégiée
- Hosp 2 us p<sup>r</sup> URTICARIE
- Généralité  
pas d'alter Raphia, ni card. - varc
- Cat = 11 perfu  
y compris iv
- B w le clignot.

Pr. LARAKI Mohamed  
Professeur Agrégé  
Anesthésiste - Réanimateur  
CLINIQUE ATFAL

CLINIQUE ATFAL

NOTE HONORAIRE

DATE ENTREE : 20/11/2022  
DATE SORTIE : 21/11/2022

LE:21/11/2022

DR. EQUIPE REA HONORAIRES : 700,00 Dh (SEPT CENTS DIRHAMS )

PATIENT : MME RADI RIHAM

Equipe Réanimateur  
Clinique ATFAL  
Pr. Laraki.M / Pr. Sidioui

signé et cacheté



# CLINIQUE ATFAL

Séjour : Du 20/11/2022 au 21/11/2022  
Patient : Mme RADI RIHAM  
N° Dossier : ATF22K20122349  
Organisme : PAYANT

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
ADRENALINE 1 MG INJECTA	2,04 Dh	2	4,08 Dh
BANDE DE GAZE 15 CM	4,50 Dh	1	4,50 Dh
COMPRESSE STERILE 7.5X7.5 PACK 5	4,00 Dh	2	8,00 Dh
HYDROCORTISONE 100 MG INJECTA (01)	11,21 Dh	2	22,42 Dh
INTRANULE BLEU	2,40 Dh	1	2,40 Dh
MASQUE NEBULISEUR ADULTE	22,25 Dh	1	22,25 Dh
METHYLPREDNISOLONE 40MG INJECTA	13,70 Dh	2	27,40 Dh
OXYGENE NEBULISATION	150,00 Dh	2	300,00 Dh
PERFUSEUR EN Y	13,73 Dh	1	13,73 Dh
SERINGUE 10 CC	3,00 Dh	5	15,00 Dh
SERUM SALE 0.9% 250 ML POCHE	9,00 Dh	1	9,00 Dh
			428,78 Dh

CLINIQUE PEDIATRIQUE  
ATEFAL  
50, Bd. Abderrahim Bouabid  
Oasis - CASABLANCA  
Tél: 0522 23 18 18 - Fax: 05 22 23 50 28

**CLINIQUE ATFAL****BULLETIN D'ENTREE / SORTIE****N° DE DOSSIER** ATF22K20122349**NOM DU PATIENT** Mme RADI RIHAM**MÉDECIN TRAITANT** SALEM HUSEM**PRISE EN CHARGE** PAYANT MUPRAS**DATE D'ENTREE** 20/11/2022**DATE DE SORTIE** 21/11/2022**MODE DE SORTIE** normal

CLINIQUE PEDIATRIQUE  
ATFAL  
50, Bd. Abderrahim Bouabid  
Oasis - CASABLANCA  
Tél: 0522 03 18 18 - Fax: 05 22 23 50 28