

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° W21-800807

165049

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10604 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : TAFI - WAD
 Date de naissance : 01 Dec 1967
 Adresse : P. 9181 Amro Belkaid
 Tél : 0641010283 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr. SADRAOUI Abdelaziz
Anesthésiste - Réanimateur
Professeur Agrégé
CLINIQUE ATFAL

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

Age :

☐ Enfant

Nature de la maladie :

ARTHROSE
Pr. SADRAOUI Abdelaziz
Anesthésiste - Réanimateur
Professeur Agrégé
CLINIQUE ATFAL

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Prémont des Actes
26/14/23	C.S.		300,50	INP : 091502630

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL JADIDA ROUTE D'EL JADIDA 240, Bd Brahim Roudani Casablanca Tél: 05 22 99 57 46	26/09/23	24,80

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AKDITAL

Clinique Atfal
مصحة أطفال

Casablanca, le 26.04.23

TAIFI

NIZAR

① Difal 25mg



1cp x 3j

+ 3x

24.8

PHARMACIE ET PARAPHARMACIE
240, Bd Brahim Roudani
Casablanca
Tél: 05 22 99 57 46



Dr. Saïd El Abdelaziz
Urgence pédiatrique
CLINIQUE ATFAL
CASABLANCA
Tél: 05 22 23 18 18

[Signature]

DIFAL®

Diclofenac sodique 25 mg
Boîte de 30 comprimés

P.P.V. 24.80 DH



6 118000 190332

43x20x90

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

CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le : 26-04-2023

Facture N° 06991/23				C. Débiteur page 1/1			
A. Identification N° Dossier : ATF23D26150359 N° Identifiant : 034954/23 Nom & Prénom : Enf. TAIFI NIZAR C.I.N : Adresse : CASA				Organisme : Payant ICE : Adresse : D. Période d'Hospitalisation Date Entrée : 26-04-2023 Date Sortie : 26-04-2023			
Médecin traitant : DR . SADRAOUI ABDELAZIZ				Traitement :			
Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total	
PRESTATIONS							
1	CONSULTATION		300,00			300,00	
Total Rubrique :						300,00	
PARTIE CLINIQUE :						300,00	
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00	
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL 300,00	

TROIS 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