

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

M23- 020648

177962

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 11940 Société : RAM

Actif Pensionné[e] Autre :

Nom & Prénom : SOBHI Noureddine

Date de naissance : 28.12.1958

Adresse : 9 lotissement Villa Garden DAR BOU AZZA

Tél. : 0661170601 Total des frais engagés : 578,80 Dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. ROCHDI FATIMA EZZAHRA
Pédiatre
INPE: 061245346

Date de consultation : 17/09/2023

Nom et prénom du malade : SOBHI RHASSI Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Parent Enfant

Nature de la maladie : La fièvre

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie

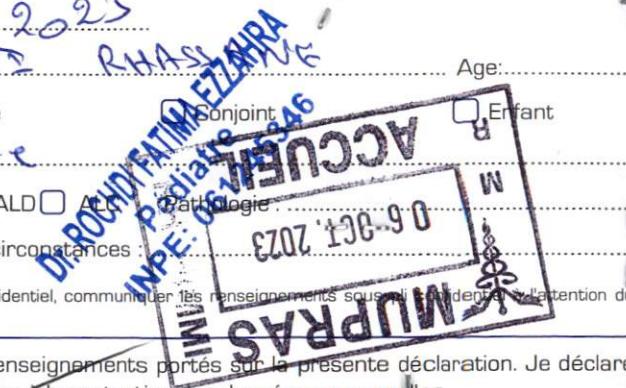
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous forme d'un code 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 : 06/10/2023

Signature de l'adhérent[e] :



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
11/9/23	CS		400,-	UNIQUE PÉDIATRE ATFAL OASIS - Casablanca ROCHDI FATIMA ESSAHA Pédiatre N°PE: 061245346

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AQUA PARC MEDKOLI CHADIA Ghizlane Dar Bouazza 14 Douar Lahlatia Tel 05 22 29 00 11	06/09/23	178,80

Référence	Description	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
6 118000 040293	AUGMENTIN 100mg/12,50mg/1ml Poudre pour suspension buvable, 60 ml					
10 SUPPOSATOIRES	Nurodol enfants & nourrissons Flacon zooml					
Paracetamol						

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.																							
	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient																			
	CŒFFICIENT DES TRAVAUX																						
	MONTANTS DES SOINS																						
	DEBUT D'EXECUTION																						
	FIN D'EXECUTION																						
		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G		
		H	25533412	21433552																			
			00000000	00000000																			
		D	00000000	00000000																			
			35533411	11433553																			
B																							
G																							
CŒFFICIENT DES TRAVAUX																							
MONTANTS DES SOINS																							
DATE DU DEVIS																							
DATE DE L'EXECUTION																							
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																							
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																							



AKDITAL

Clinique Atfal
Clinique Atfal

Casablanca, le... 16/09/2023

RHASAN Sofhi

(S.V)

- 7060

2) Augmentin sirop

2ddpt3
pd17)

19.00

2) NurodoL

(S.V)

sirop
(S.V)

2ddpt3
pd12)

9.40

3) Diflun

10g
(S.V)

2mpoxyk us6h
2w0cx3 pd17)

79.56

4) APIXOL sirop

100ml
(S.V)

2mpoxyk us6h
2w0cx3 pd17)

Dr. ROCHDI FATIMA EZZAHR,
Pédiatre
JNPE: 061245346

✓ 178.80

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

PHARMACIE AQUA PARC
MEDKOURI
CHADDA Gbizlane
Dar Bouazza 14 Douar Lahlatfa
Tél 05 22 29 00 11

CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le : 17-09-2023

Facture N° 16620/23**A. Identification**

N° Dossier : ATF23I17021541

N° Identifiant : 040342/23

Nom & Prénom : bebe SOBHI RHASSANE

C.I.N :

Adresse : CASA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 17-09-2023

Date Sortie : 17-09-2023

Traitement :

Médecin traitant : DR . ROCHDI FATIMA EZZAHRA

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	CONSULTATION		400,00			400,00
Total Rubrique :						
PARTIE CLINIQUE :						
0,00						
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
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 PEDIATRIQUE
ATFAL
50 Bd. Abderrahim Bouabid
OASIS - Casablanca
Tél: 0522 23 18 18 / 05 22 23 50 73 - Fax : 05 22 23 50 28
E-mail : atfalclinique@gmail.com -- Site web : cliniqueatfal.ma --
AF CNSS : 6354865. IF : 01087089. ICE : 001685121000068. RC : 439509
RIB : 230 780 4353188221009500 88 Patente : 34751594