

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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)



## Déclaration de Maladie

N° W21-687744

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12167 Société : L'Am  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Queuninich S-L  
 Date de naissance : 09/05/97  
 Adresse :  
 Tél. : 062762371 Total des frais engagés : 624,4 dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 18/01/2024  
 Nom et prénom du malade : Queuninich S-L  
 Age : 25 ans  
 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 : 12/03/2024  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019







AKDITAL

Clinique Atfal

مصحة أطفال

Casablanca, le 18/11/24

YANIS Gharrouh

22.00

No Dolfer ring

1 dose 15kg 3 fois

21.50

Cogitadal ring

1 mg + 2 1/2

26.30

Virco - 1/4 gp 1x

28.00

Tondez ring 1 dose + 2

219.30

Groken ring

26.30

1 dose 15kg 1 fois 1/2 + 1/2

Soframon mouth

50, Bd. Abderrahim Bouabid, Oasis, Casablanca

Tél. : 05 22 23 18 18 (8LG) / 05 22 23 50 73

E-mail : atfalclinique@gmail.com

Site web : www.cliniqueatfal.ma

CHRAÏBI  
Spécialiste en Allergologie  
Spécialiste en Pédiatrie  
Tél: 0522 59 98 01 / 0522 59 98 02  
MRE: 01042895

PHARMACIE GOLF CITY  
Centre Commercial Bouskoura Golf City  
RDC N°9-Bouskoura - Casablanca  
Tél: 0522 59 07 09  
INPE: 092079649

2744



# CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le : 18-01-2024

Facture N° 01640/24

## A. Identification

N° Dossier : ATF24A18164143

N° Identifiant : 002297/21

Nom & Prénom : bebe QUOUNINICH YANIS

C.I.N :

Adresse : CASA

## C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE :

Adresse :

## D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 18-01-2024

Date Sortie : 18-01-2024

Médecin traitant : DR . CHRAIBI LEILA

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	CONSULTATION		350,00			350,00
Total Rubrique :						350,00
PARTIE CLINIQUE :						350,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL 350,00

TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS

signature de l'assuré

CLINIQUE PEDIATRIQUE  
ATFAL  
50, Bd. Abderrahim Bouabid  
OAS 3 - Casablanca  
Tél : 05 22 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