

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.

N° W19-427265

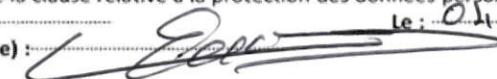
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8724	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre : enfat	Abdellah
Nom & Prénom : EL OUAZZANI Abdellah			
Date de naissance : 21/07/1966			
Adresse : Rue 5 Lt 32 Clin 1 ext California Casablanca			
Tél. : 0660300003	Total des frais engagés : 1450,25 DHS		

Cadre réservé au Médecin		Professeur
Cachet du médecin :		YAAKOUBI Mohammed Chirurgien pédiatrique 314, Boulevard Abdelloumen tel.: 0522 23 23 80
Date de consultation :	1/07/19	
Nom et prénom du malade : EL BAHRAOUI SOUHA		Age: 14
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : plaie d'usure		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Chirurgien pédiatrique 314, Boulevard Abdelloumen tel.: 0522 23 23 80		
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 : 01/07/2019

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
01/01/19	Voir facture		950	INP : 0011111111111111 Professeur

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
CEPELLA MADINA Casa Blanca - San California - 05/22/19 08:08 - Csm: 0561254550	01/01/19	50120

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

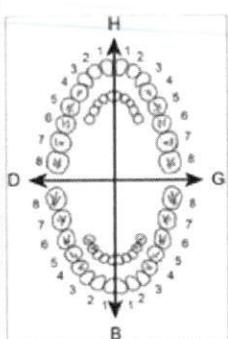
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

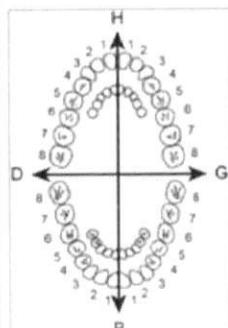
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :



ODF PROTHESES DENTAIRES

H	G
25533412 00000000	21433552 00000000
35533411	11433553



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



مصحة أطفال

CLINIQUE ATFAL

1/7/19

El Ouazzani Sofia

11.6.190 / 6 Filoxen 25 mg gel
Dr. Rachid MAJABAR
PHARMACEUTIQUE PELLA MADINA
98, Bd. Telouet Casablanca -
Tel: 0522 525808 - Gsm: 0661 254550

24.8.0 / 6 Atfal 25 mg cp
Beladiha Bl
Sax + Tagaderme 10ml

25.8.0 / 6 Beladiha Bl
17.9.10
16.10.190 / 6 Steristrip 6cm

TB / 80126

50, Bd. Abderrahim Bouabid (ex. Djerada) - Casablanca
0522.231.818 (8 LG) / 0522.235.073 - Fax: 0522.235.028 E-mail : atf@atfal.ma

Professeur YAAKOUBI Mohammed
Chirurgien Pédiatrique
Boulevard Abdelloumen
314 - Casablanca
Tél: 0522.231.818

DFAAL P.P.V : 24.08 DH
Bouteilles de 30 comprimés de 50 mg
N° 118000190332

PPV 116DH40

LOT 8D044 3

EXP 01/2021

FLOXAM®

Flucloxacilline

500 mg 24 gélules

Le : 01/07/2019

Références

4 572 / 190701094128010002
PAYANT

Entrée / Sortie : 01/07/2019 - 01/07/2019

Le Dr. YAAKOUBI MED

présente à . EL OUAZZANI SOFIA

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
600,00 Dhs

et le - la prie d'agrérer l'expression de ses sentiments distingués

Professeur
YAAKOUBI Mohammed
Chirurgien Pédiatrique
314, Boulevard Abdelmoumen
Tél.: 0522 23 23 80

Cachet et signature

CLINIQUE ATFAL

50 Bd Abderrahim BOUABID OASIS
Tél. 022 23 18 18 Fax : .022 23 50 28
IF 01087099

F A C T U R E

N° : 4572 / 2019 du 01/07/2019

Nom patient EL OUAZZANI SOFIA Entrée 01/07/2019
PAYANT Sortie 01/07/2019

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS DE SALLE	1,00		200,00	200,00
			<i>Sous-Total</i>	200,00
PHARMACIE	1,00		150,00	150,00
			<i>Sous-Total</i>	150,00
Total Clinique				350,00
DR. YAAKOUBI MED (chirurgien pediatre)	1,00	K20	600,00	600,00
			<i>Sous-Total</i>	600,00
Total Autres prestations				600,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : NEUF CENT CINQUANTE DIRHAMS	Total	950,00

CLINIQUE PEDIATRIQUE ATFAL
50, Bd Abderrahim Bouabid
Oasis - CASABLANCA
Tél : 0522 23 18 18/Fax : 0522 23 50 28