

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.

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.



Declaration de Maladie

N° W19-548147

ND: 32200

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8812	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : TARHATI ANDERSON			
Date de naissance : 14/11/66			
Adresse :			
Tél. : 0675592215 Total des frais engagés :			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : TARHATI NEF CHOUAIK Age : 3			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfan			
Nature de la maladie : 03 JUL 2020			
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 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.			
Fait à : Le : 03/07/20			
Signature de l'adhérent(e) :			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **Le : 03/07/20**

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
20/10/20	K22		100 francs 1163,20	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>AMRANI M'Hamed Pharmacie SAAD 44, Bis Bd. Abderrahim Bouabid (Ex. Jemada) - Oeads - CASA Tel : 05.22.25.34.85</p>	20/05/2020	79,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement cancéreux ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E



مصحة أطفال
CLINIQUE ATFAL

TARHACI mohamed Chouib

60,20

Astaph 820g 250mg (1)

2cm x 2 / j po' 6;

19,0

Nuodol 820g

(80)

1.608 16kg x 3 / j po' 3 ;

79,20

AMRANI M'Hamed
Pharmacie SAAD
44, Bd. Abderrahim Bouabid
(Ex. Jerrada) - Oasis - CASA
Tél : 0522.25.34.85

Professeur A. REFASS
Chirurgie & Traumatol-Orthopédie
Pédiatrique
237, Bd Zerktouni Casa
Tél : 0522.94.20.00



مصحة أطفال
CLINIQUE ATFAL

Casablanca, le : 20/05/20

Compte rendu

Nom/Prénom : TARHANI mohamed Chouib

Diagnostic : fracture de la
paupière supérieure de

Intervention : STK. Suture de
l'orbiculaire. Surjet nika -
Scarsque de voayl 5/0

Professeur A.REFASS
Chirurgie & Traumatô-Orthopédie
Pédiatrique
237,Bd Zerkouni Casa
Tél: 0522.231.818
© 0522.231.818 (8 LG) / 0522.235.073 - Fax : 0522.235.028 - E-mail : atfalclinique@gmail.com

Le : 20/05/2020

Références 2 777 / 200520094351004002
PAYANT

Entrée / Sortie : 20/05/2020 - 20/05/2020

Le DR, REFASS ABDELOUAHED

présente à . TARHALI MOHAMED CHOAIB

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
700,00 Dhs

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

Professeur A.REFASS
Chirurgie & Traumatolo-Orthopédie
Pédiatrique
237,Bd Zerkouhi Casablanca
Tel : 0522.94.20.00

Cachet et signature

CLINIQUE ATFAL SARL

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

20/05/2020
09:48

Nom Patient :	TARHALI MOHAMED CHOA		Numéro dossier :	U20E200937	
Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
20/05/2020	GANT STERILE 8/5 (001)	0	1,00	20,00	20,00
20/05/2020	VICRYL RAPIDE 5/0 RT 17mm (001)	0	1,00	120,00	120,00
20/05/2020	SERINGUE JET 05CC RR (001)	0	1,00	5,00	5,00
20/05/2020	TEGADERM10CMX12CM(G)	0	1,00	20,00	20,00
20/05/2020	STERICRIN 6/0T (001)	0	1,00	40,00	40,00
20/05/2020	LIDOCAINE 1% inj (01)	0	1,00	15,70	15,70
20/05/2020	COMPRESSE MOYENNE (001)	0	3,00	1,50	4,50
20/05/2020	FILET TUBULAIRE MOR t5 (001)	0	1,00	40,00	40,00
Total pharmacie				265,20	

CLINIQUE PEDIATRIQUE ATFAL
 50, BD ABDERRAHIM BENAOUD
 OASIS - LA VILLE D'AGADIR
 TEL: 0522 22 18 18 / 0522 23 50 28



CLINIQUE ATFAL SARL

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

090003690



F A C T U R E

N° : 2777 / 2020 du 20/05/2020

Nom patient	TARHALI MOHAMED CHOAIB	Entrée	20/05/2020
	PAYANT	Sortie	20/05/2020

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		265,20	265,20
			<i>Sous-Total</i>	265,20
Total Clinique				465,20
DR. REFASS ABDELOUAHE (chirurgien pédiat)	1,00	K20	700,00	700,00
			<i>Sous-Total</i>	700,00
Total Autres prestations				700,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
MILLE CENT SOIXANTE-CINQ DIRHAMS VINGT CENTIMES

Total 1 165,20

CLINIQUE PEDIATRIQUE ATFAL
50, Bd Abderrahim BOUABID
OASIS - CASABLANCA
Tél. : 022 23 18 18 - 0522 23 50 28