

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Éducation :

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.

Prothèse :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge



Déclaration de Maladie

N° W19-586361

Maladie

Dentaire

Optique

Autre

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10697

Société :

RAM

55357

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : EL MENIAR HAFIBA

Date de naissance : 30/03/78

Adresse :

Tél. : 066 1869572

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Benissa Kemia Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Douleurs Abdominales

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

13 JAN 2021

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'atté 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 : 23/12/2021

Signature de l'adhérent(e) :



Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
30/10/2023 VZN			60.000 Dhs

Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

INP : 091091973

Pr. Ag. I. ARAKHOUSAIN
Urgent Pédiatrique
Réanimateur
CLINIQUE ATFAL

EXECUTION DES ORDONNANCES CLINIQUE ATFAL

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
30/10/2023		

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
		AM PC IM IV	
30/10/2023 Voir facture		3	1000 Dhs

CLINIQUE PEDIATRIQUE
ATFAL
60, Bd. Abderrahim Bouabd
OASIS, Casablanca
Tél: 0522 23 18 18 fax: 0522 23 50 08

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

Important :

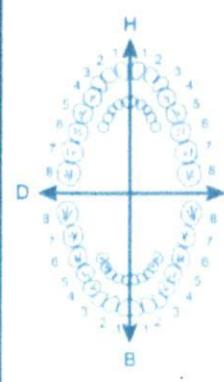
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que l

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				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

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533410	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTEST,



مصحة أطفال
CLINIQUE ATFAL

30 - 10 - 2020

Bernard

C projection d'isch

Pr. AYMAN RAKI HOUSSAINI
Urgence Pédiatrique
Réanimateur
CLINIQUE ATFAL



مصحة أطفال
CLINIQUE ATFAL

3 - 10 - 2002

B Ennissa

Karima

1) Spafu lyc

1 spafu e cs & boulam

2) Uviro - lewa

1 uvrak i 3y

3) Uvrali (hyp)

1 uvrak 31 i

b un

Dr. ABDERRAKI HOUSSAINI
Pr. Ag. à l'APM
Urgence Pédiatrique
Réanimateur
CLINIQUE ATFAL

CLINIQUE ATFAL SARL

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° : 6033 / 2020 du 30/10/2020

Nom patient BENISSA KARIM Entrée 30/10/2020
PAYANT Sortie 30/10/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
INJECTION	1.00		100.00	100.00
Total Clinique				100.00

Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT DIRHAMS	Total	100.00

