

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.

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



Déclaration de Maladie : N° P19- 0024007

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **8898** Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **Bendekroun** Date de naissance :

Adresse : **11061 Inella**

Tél. : **05 22 91 21 26** Total des frais engagés : **1659,35** Dhs

Cadre réservé au Médecin **D. LUCIANI (M. HOUSSINI DOUKRA)**

Cachet du médecin :

**131, Rue Abdellah (en face Im. P. n°11)
Résidence Javaher 5ème Etage N° 18
CASABLANCA
Tél : 05 22 47 04 12 - Uro : 06 63 42 30 46**

Date de consultation : **15/08/2022**

Nom et prénom du malade : **Bendekroun Yassine** Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : **plaie du menton**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **chute à domicile**

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 : Le : **15/08/2022**

Signature de l'adhérent(e) : **15/08/2022**

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **N° P19- 0024007**

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : **8898**

Nom de l'adhérent(e) : **Bendekroun**

Total des frais engagés : **1659,35**

Date de dépôt : **15/08/2022**

RELEVÉ 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
15/08/22		K30 F+30 FC	 204.25 300.25H	 CLINIQUE PÉDIATRIQUE UNIVERSITÉ DE LA MÉDITERRANÉE - MARSEILLE 16-08-2022

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Tel. Montant de la Facture
	15/08/2022	355.00

[illegible][illegible]

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

RELEVÉ 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		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
<p>H B D G</p>	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le :

PREFACTURE

A. Identification

N° Dossier : ATF22H15194248

N° Identifiant : 018795/22

Nom & Prénom : Enf. BENCHEKROUN YASSINE

C.I.N :

Adresse : CASA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : **Payant**

ICE :

Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 15-08-2022

Date Sortie :

Médecin traitant : DR. LARAKI BOUCHRA

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PHARMACIE INTERNE						
1	PHARMACIE		204,35			204,35
Total Rubrique :						204,35
PRESTATIONS						
1	FRAIS DE SALLE		300,00			300,00
Total Rubrique :						300,00
PARTIE CLINIQUE :						
HONORAIRES MEDICAUX						
1	DR. LARAKI BOUCHRA (CHIRURGIE PEDIATRIQUE)		800,00			800,00
Total Rubrique :						800,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
Total Rubrique :						800,00
TOTAL GENERAL						1 304,35

Arrêté la présente facture à la somme de :

MILLE TROIS CENT QUATRE DIRHAMS TRENTE-CINQ CENTIMES

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

**CLINIQUE PÉDIATRIQUE
ATFAL**

50, Bd. Abderrahim Bouabid

Casablanca

Tél: 0522 23 50 73 - INPE: 0900



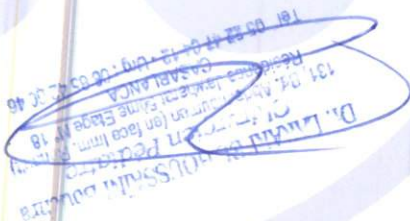
AKDITAL

Clinique Atfal

مصحة أطفال

Casablanca, le 15/08/22

BencheKroun Yassine
plaie du menton
chute à domicile
suture
K30



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



AKDITAL

Clinique Atfal
مصلحة أطفال



Casablanca, le...

15/08/22

Benchekroun Yassine

19.00

1) Nurodol S.V. 4j
1 ppo x 31j x 5 jours

148.00

2) Bactospray S.P. S.V.
1 x 15 x 8 jours

15.00

3) Compresses S.P. stériles S.V.

33.00

4) Stéril-strip 8mm S.V.
1 x 15 x 8 jours

140.00

5) Cebelia B S.V.
2 x 15 x 1 mois

355.00

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

D.m.a: 08/2020

U020 N11

REFU

2022-05

1SU22-08

2027-04

744



BACTOSPRAY

LOT: 2205016

EXP: 06/2025

PPC: 148.00DH

125 ml

Distribué par :
Laboratoire ADDAX MAROC
Avenue Stendhal, RES BENBER
Casablanca - MAROC
www.addaxmaroc.com



CEBELIA

Baume L.C.E.

Sans parfum,
sans conservateur
Décongestionne & répare

L.C.E. Balm

Fragrance free,
preservative free
Decongests & repairs

Made in France
15 ml e 0,5 FL. OZ.

Code ACL : 454043.7



A125894