

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.

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

(138336) *pour l'agent*
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 : **Ben Chekroun**

Date de naissance :

Adresse : **Marjane**

Tél. : **05 22 91 42 20**

Total des frais engagés : **1659,35** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. LARAA BI BOUSSAÏD Boucra
en Pédiatrie
131, Bd. Abdellah Ben Abdellah (en face Imme. Benali)
Résidence Javhara 6ème Etage N° 18
CASABLANCA
Tél. 05 22 17 04 12 - Url. 06 55 42 30 46

Cachet du médecin :

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

Nom et prénom du malade : **Ben Chekroun YASSINE** Age :

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 :

Le : **15/08/2022**

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

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) : **Ben Chekroun**

Total des frais engagés : **1659,35**

Date de dépôt : **15/08/2022**

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
15/08/22	PHO FC	204.25	300.20 DH	CLINIQUE PEDIATRIQUE AIFAL 091092197

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Tél. Montant de la Facture
PHARMACIE LES SUDS - CASABLANCA Bât. 5, Avenue de Soukoura Immeuble Verte Casablanca Tél.: 0520 67 61 71 - Gsm.: 0935 54 28 47 I.C.E.: 902812451030074 * DR M. MOUSSAINE MOUNA INPE: 092110303	15/08/2022	355.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

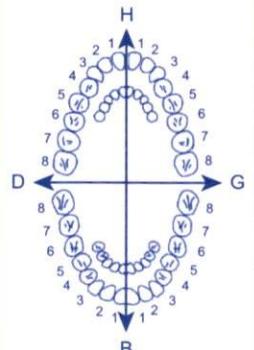
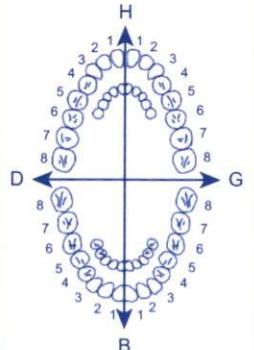
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	Coefficient des Travaux
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
	D	00000000 35533411	B	00000000 11433553
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
MONTANTS DES SOINS				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le :

page 1/1

PREFACTURE

A. Identification

N° Dossier : ATF22H15194248

N° Identifiant : 018795/22

Nom & Prénom : Enf. BENCHEKROUN YASSINE

C.I.N :

Adresse : CASA

C. Débiteur

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 15-08-2022

Date Sortie :

Traitemen

Médecin traitant : DR . LARAKI BOUCHRA

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

signature de l'assuré

CLINIQUE PÉDIATRIQUE

ATFAL

50, Bd Abderrahim Bouabid

CASABLANCA

Tél : 05 22 23 18 18 - INPE : 090



AKDITAL

Clinique Atfal
مصحة أطفال

15/08/22
Casablanca, le.....

Bencherkoun Yassine

plaie du menton

chute à domicile

suivre

R30

D. Lulu
n Peletier
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
مصحة أطفال



15/08/22

Benchekroun Yassine

19,00

1) Nurodol Sirup S.V 1 pdd x 31j x 5 Jours

148,00

2) Bachospray S.P S.V

1x1j x 8 jours

15,00

3) Compresses S.P stériles S.V

3)

16,50

33,00 id x 16,50 4) Stein - Strip 28mm S.V x 8 jours

140,00

1x15

5) Cebelia B. 28mm

1x15

x 1 mois

~~355,00~~ 2x15

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/V11

BACTOSPRAY

LOT: 2205016

EXP: 08/2025

PPC: 148.00DH

25 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

3 760054 603707



A125894