

## 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.

**60903**

CB

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule :

12167

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre:

Nom & Prénom :

Quenninich Salim

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

0662 26 83 71

Total des frais engagés :

1300,00 DHS

Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Quenninich Kamel

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.

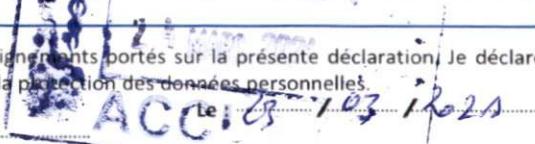
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Accident

Signature de l'adhérent(e) :

Quenninich Kamel



### 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.

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

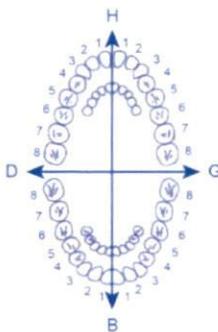
#### **RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

**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

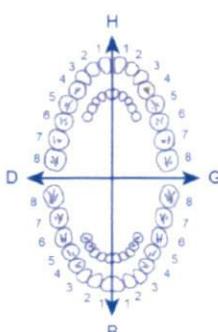
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
12	21433552
00	00000000
00	00000000
11	11433553



(Création, remont, adjonction)

<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <p>H</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;"><b>D</b></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table> <p>G</p> <p>B</p> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	25533412	21433552	00000000	00000000	<b>D</b>		00000000	00000000	35533411	11433553	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
25533412	21433552											
00000000	00000000											
<b>D</b>												
00000000	00000000											
35533411	11433553											
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>										
		<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>										
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>										

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, Le 19 / 3 / 21

**COMPTE RENDU**

Nom/Prénom : Aouniach Naim

Pli ciblé

- Notes maladie:
  - Mal de tête
  - Adc : Parox + Gétes
  - Des œstheces belles

DOCTEUR Abdesslam KHAIKOUNI  
Chirurgie et Orthopédie  
de l'Enfant  
34, Rue Chahid Achaï - O Palmar CASA  
GSM : 06 02 05 84 / 0522 25 50 56175



**مصحة أطفال**  
**CLINIQUE ATFAI**

19/3/21

Kamil

Quoniamich

283.0

8am / 30kg

Aerosil 200

DOCTEUR Abdeslam KHADOUNI  
Chirurgie et Orthopédie  
Palmer CASA  
06 56 17 5

dr. M. H. Schenck - de chule accidenle

Cooperation (e) 19/03/2021

je souhaiterai SL Qumra CN: Fegyay, These for departure  
de chule accidentelle de ma fil leme Gouniach sur de mire  
occisional me plo: friends necessair au intermedio chirurgicale  
L'incident esr survenu nojor de mon domice.



Le : 19/03/2021

Références

2 371 / 210322090613007003  
PAYANT

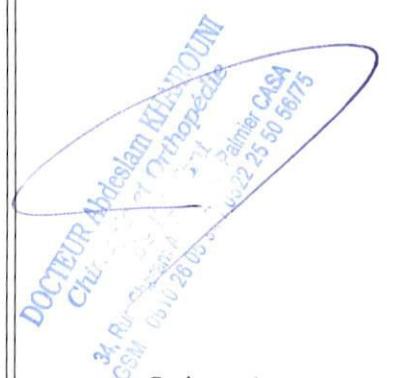
Entrée / Sortie : 19/03/2021 - 19/03/2021

Le Pr. KHAIROUNI ABDESLAM

présente à . QUOUNINICH KAMIL

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
900.00 Dhs

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



**ANNEXE PHARMACIE**

PAYANT

Nom patient : QUOUNINICH KAMIL	N° Facture	2 371	E21C191838
--------------------------------	------------	-------	------------

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
LAME BIS -10 (001)	2	5.00	10.00
TEGADERM FONDU 6cm*7c (100)	1	40.00	40.00
VICRYL 5/0 CR 13MM (001)	1	150.00	150.00
<b>Total pharmacie</b>			<b>200.00</b>

CHIRURGIE PEDIATRIQUE  
Sous la direction de Dr. A. S. A. Tchernia  
et Dr. C. G. L. Chabot  
à l'Hôpital Sainte-Justine  
5070 Avenue de la Montagne  
Montréal H3T 1C5  
Téléphone (514) 344-2222  
Télécopieur (514) 344-2250

**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° : **2371 / 2021** du **19/03/2021**

Nom patient **QUOUNINICH KAMIL** Entrée **19/03/2021**  
**PAYANT** Sortie **19/03/2021**

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>FRAIS CLINIQUE</b>	<b>1.00</b>		<b>200.00</b>	<b>200.00</b>
			<i>Sous-Total</i>	<b>200.00</b>
<b>PHARMACIE</b>	<b>1.00</b>		<b>200.00</b>	<b>200.00</b>
			<i>Sous-Total</i>	<b>200.00</b>
<b>Total Clinique</b>				<b>400.00</b>
<b>PR. KHAIROUNI ABDESLAM (chirurgien)</b>	<b>1.00</b>	<b>K</b>	<b>900.00</b>	<b>900.00</b>
			<i>Sous-Total</i>	<b>900.00</b>
<b>Total Autres prestations</b>				<b>900.00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>  <b>MILLE TROIS CENTS DIRHAMS</b>	<b>Total</b>	<b>1 300.00</b>



# CLINIQUE ATFAL SARL

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

## BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 19/03/2021    Heure 17:38

<u>Nom et Prénom du patient</u>	QUOUNINICH KAMIL	<u>Age ou Date Naissance</u>	122 -
<u>N° Cin du patient ou du tuteur</u>			
<u>Adresse</u>			
<u>Téléphone</u>			
<u>Personne à appeler en cas d'urgence</u>			
<u>Médecin traitant</u>	KHAIROUNI ABDESLAM	<u>Durée prévue d'hospitalisation (jours) :</u>	0
<u>Motif d'hospitalisation</u>	...		
<u>Affiliation à une couverture maladie</u>	NON		

### Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie

<u>Nom et prénom de l'assuré</u>	<u>Lien de parenté</u>
<u>Organisme assureur</u>	
<u>Mode de paiement</u>	PAYANT

*Nom et prénom du signataire :*

*Signature*

### Partie à compléter à la sortie

<u>Date Sortie</u>	19/03/2021	<u>Heure</u>	<u>Durée d'hospitalisation (jours)</u>	0
<i>Nom et prénom du signataire</i>	<i>Signature</i>			