

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 canaux, 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 canaux.

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.



60903

Déclaration de Maladie

N° W21-618192

CD

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : M167 Société : RAA

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Quannich Salim

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0662 767371 Total des frais engagés : 1300,00 dh Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/03/2021

Nom et prénom du malade : Quannich Kamel Age :

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

Nature de la maladie : Plaie du Membre

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 : Casablanca Le : 19/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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

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
13/03/21	facture		13000	INP : <input type="text"/>

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 Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, 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 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION		



مصحة أطفال CLINIQUE ATFAL

Casablanca, Le 19 / 3 / 21

COMPTE RENDU

Nom/Prénom : *Qounirch Hakim*

Pli ciblité

- *Noter maladie*
- *Plais du membre*

- *Ad - Parap + Gélus*
des auscultes bel.

DOCTEUR *Abdeslam KHANOUNI*
Chirurgie et Orthopédie
de l'Enfant
34, Rue Charles Achaï - O Palmier CASA
GSM 0522 231 818 / 0522 235 073 / 0522 25 50 56/75



مصحة أطفال
CLINIQUE ATFAL

19/3/21

Kamil

Quouninich

8ans/20kg

28,50

✓ Amoxicil 5mg 200-
2cm x 3/; 3 pr

DOCTEUR Abdeslam KHAMOUNI
Spécialiste de l'Orthopédie
1^{er} Médecin CASABLANCA
0610 26 05 90 / 0610 50 66 75

[Signature]

Cosellance le 19/03/2021

Objet: Attestation de chute accidentelle

Je soussigné Sr. L. Quenum C.N: Fagoyat, Preste par bpasta
la chute accidentelle de mon fils Kamile Quenumich sur le motif
occasionnant une plaie profonde nécessitant une intervention chirurgicale.

L'incident est survenu au sein de mon domicile.



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

DOCTEUR ABDESLAM KHAIROUNI
Chirurgien Orthopédiste
34 Rue de la Liberté - Palmer CASABLANCA
CSM 0510 26 00 50 56175

Cachet et signature

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
Total pharmacie			200.00

CLINIQUE PEDIATRIQUE
Bd Abderrahmane Bouabd
CASIS - Casablanca
Tél: 0522 23 19 18 - Fax: 0522 23 50 28

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**
PAYANT

Entrée 19/03/2021
Sortie 19/03/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
-----------------------------	--------	------------	---------------	---------

FRAIS CLINIQUE	1.00		200.00	200.00
			Sous-Total	200.00
PHARMACIE	1.00		200.00	200.00
			Sous-Total	200.00
Total Clinique				400.00

PR. KHAIROUNI ABDESLAM (chirurgien)	1.00	K	900.00	900.00
			Sous-Total	900.00
Total Autres prestations				900.00

Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE TROIS CENTS DIRHAMS	Total	1 300.00

CLINIQUE AT'FAL 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

Nom et Prénom du patient . QUOUNINICH KAMIL

Age ou Date Naissance 122 -

N° Cin du patient ou du tuteur .

Adresse .

Téléphone .

Personne à appeler en cas d'urgence .

Médecin traitant KHAIROUNI ABDESLAM

Durée prévue d'hospitalisation (jours) : 0

Motif d'hospitalisation ...

Affiliation à une couverture maladie NON

Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie

Nom et prénom de l'assuré

Lien de parenté

Organisme assureur

Mode de paiement PAYANT

Nom et prénom du signataire :

Signature

Partie à compléter à la sortie

Date Sortie 19/03/2021

Heure

Durée d'hospitalisation (jours)

0

Nom et prénom du signataire

Signature