

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ▪ 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.

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : <u>12462</u> Société : <u>(106183)</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>GENANE ICHRAZ</u>		
Date de naissance : <u>23/07/85</u>		
Adresse :		
Tél. : <u>0662 76 33 30</u> Total des frais engagés :		

<b>Cadre réservé au Médecin</b>	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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'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 : Levra Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

## **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
15.10.19 0.12.44/22	VFN		1570,00	INP : 091182179 Dr HADDOU JAWAD Chirurgien Pédiatre INPE 091182179 TÉL : 091182179 E-mail : drhaddoujawad@gmail.com

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

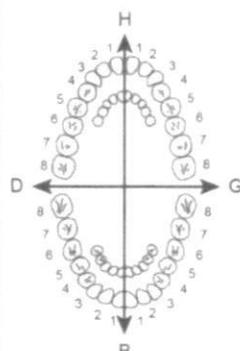
**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d'explorations complémentaires.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



#### **[Création, remont, adjonction]**

<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <p style="text-align: center;"><b>H</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><b>B</b></p> <p style="text-align: center;"><b>G</b></p> <p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
25533412	21433552											
00000000	00000000											
D												
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 CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



AKDITAL

Clinique Atfal  
مصحة أطفال

Casablanca, le 15.1.92

Ben abdjalil Sini

+  
+ Age : 4 ans ; P = 19 kg

1) devoeux n° p enfant

1 den p x 315 a menz regis 37000

2) Alg uil n° p : 1 cò x 315 opis regis  
a 3500

3) circuit crise SPF rot

2 app x 215 a 3 més

Clinique Pédiatrique  
50, Bd. Abderrahim Bouabid  
Atfal  
Oasis - Casablanca  
Tel: 0522 23 18 18 - INPE: 020003609

D- HADDOU JAWAD  
Chirurgien Pédiatre  
INPE: 091182170  
001926838000063

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  
مصحة أطفال

Casablanca, le 15.01.2012

Nom : Hicham  
N° : Benabdellah Dr -  
Age : 4 ans

Plaie profonde du pied

↳ Santé

CINIQUE PÉDIATRIQUE  
ATFAL  
50, Bd. Abderrahim Bouabid  
Tél: 0522 23 18 18 - INPE: 0522 23 50 28

HADDAD HASSAN  
"Virgin Pediatre"  
INPE 09118217  
00192683800

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

# CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le : 15-01-2022

Facture N° 01244/22

**A. Identification**

N° Dossier : ATF22A15210649

N° Identifiant : 015899/22

**Nom & Prénom : Enf. BENABDEJLIL DINA**

C.I.N :

Adresse : CASA

**C. Débiteur**

page 1/1

Organisme : Payant

**D. Période d'Hospitalisation**

Date Entrée : 15-01-2022

Date Sortie : 15-01-2022

Médecin traitant : DR . HADDOU JAWAD

Traitements :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>PHARMACIE INTERNE</b>						
1	PHARMACIE		273,04			273,04
Total Rubrique :						
						<b>273,04</b>
<b>PRESTATIONS</b>						
1	FRAIS DE SALLE		296,96			296,96
Total Rubrique :						
						<b>296,96</b>
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>						
1	DR. HADDOU JAWAD (CHIRURGIE PEDIATRIQUE)		1 000,00			1 000,00
Total Rubrique :						
						<b>1 000,00</b>
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
<b>TOTAL GENERAL</b>						
						<b>1 570,00</b>

MILLE CINQ CENT SOIXANTE-DIX DIRHAMS

**Cachet et Signature**

CLINIQUE PÉDIATRIQUE  
ATFAL  
50, Bd. Abderrahim Bouabid  
OASIS - Casablanca  
Tél: 0522 23 18 18 - INPE: 090003690

**CLINIQUE ATFAL**

Séjour : Du 15/01/2022 au 15/01/2022

Patient : Enf. BENABDEJLIL DINA

N° Dossier : ATF22A15210649

Organisme : PAYANT

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
AIGUILLE G25 ORANGE	2,00 Dh	1	2,00 Dh
COMPRESSE MOYENNE	2,03 Dh	10	20,30 Dh
ETHILON 5/0 13 MM	67,50 Dh	1	67,50 Dh
GANT D'EXAMEN NITRILE	1,88 Dh	10	18,80 Dh
GANT STERILE GAMMEX AVEC POUDRE T8	9,44 Dh	1	9,44 Dh
LIDOCAINE 1 %	15,70 Dh	1	15,70 Dh
SERINGUE 5 CC	0,90 Dh	1	0,90 Dh
STERI-STRIP 3MM x 75MM	9,82 Dh	1	9,82 Dh
TEGADERM + PAD 5CM x 7CM / 3582	6,18 Dh	1	6,18 Dh
VICRYL RAPIDE 5/0 RT 17mm	122,40 Dh	1	122,40 Dh
			273,04 Dh

CLINIQUE ATFAL  
 50, Bd. Abdessalem  
 OASIS - Casablanca  
 Tel: 0522 23 18 18 | INPE: 650003650

CLINIQUE ATFAL

## **NOTE HONORAIRE**

**DATE ENTREE : 15/01/2022**  
**DATE SORTIE : 15/01/2022**

LE:09/02/2022

## **DR. HADDOU JAWAD (CHIRURGIE PEDIATRIQUE)**

**HONORAIRES : 1 000,00 Dh (MILLE DIRHAMS )**

**PATIENT : ENF. BENABDEJLIL DINA**

D- HADDOU JAWAD  
Chirurgien Pédiatre  
INPE 091182170  
ICE 001926838000000000

**signé et cacheté**