

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.

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° W21-724257

124106

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12289

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SEKIKARI Med Karim

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661630385

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Be Sekikari Ghalib H. Malik

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Traumatisme cranio-faciale

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
20/07/2018	CS		400,00	INP : 0911111111111111 Dr. Driss CHABIB 15, Bvd Ain Témouchent Résidence Bahia, ET N° 1055 020354900086 - M.F. Tél. 022 15 12 10 55

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
CLINIQUE AFAB 50, Bd. Abderrahim Chabib OASIS, 10000 Casablanca Tél. 022 15 12 10 55 - INP : 0911111111111111	20/07/2018	Scanner Crâno- facial	2500,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 1111111111111111
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F

PROTHÈSES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[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



AKDITAL

Clinique Atfal
مصحة أطفال

Casablanca, le 26/07/2002

Rekha Jolik

Translati Son Cancer - fracture.

Sous forme de cancer au

nas avec dommages sur la hanche

Pathologie de la hanche droite

Dr. Driss CHBIHI WAHOUDI

50, Bd. Abderrahim Bouabid, Oasis, Casablanca
Tél. : 05 22 23 18 18 (8LG) / 05 22 23 50 73 - Fax : 0522 50 28
E-mail : atfalclinique@gmail.com
Site web : www.cliniqueatfal.ma

50, Bd. Abderrahim Bouabid, Oasis, Casablanca
Résidence Bahia, ET N°4, APPT 7
Tél : 0522 23 50 73 - Fax : 0522 50 28
E-mail : atfalclinique@gmail.com
Site web : www.cliniqueatfal.ma

Dr. Driss CHBIHI WAHOUDI
15, Bd Ain Taoujoute
Résidence Bahia, ET N°4, APPT 7
Tél : 05 22 20 10 55
ICEN 002035549000086 - IF : 14437605



AKDITAL

Clinique Atfal
مصحة أطفال

- Scanner Multibarrette • Angio-scanner • Coloscopie virtuelle • Dentascanne • Échographie • Écho Doppler
- Radiologie Standard • Radiologie Interventionnelle • Coroscanner / IRM Corps Entier / IRM Cardiaque Sur Rdv

Casablanca , le 26/07/2022

PATIENT : BEKKARI MALIK

PRESCRIPTEUR : DR. CHBIHI WAHOUDI

SCANNER CRANIO-FACIAL

TECHNIQUE :

Acquisition spiralée millimétrique sans injection de PDC iodé avec reconstructions.

RESULTATS :

- Absence d'hématome intra- ou extra-parenchymateux notable à l'étage sus ou sous tentoriel.
- Absence d'hémorragie sous arachnoïdienne ou intra-ventriculaire.
- Structures médianes en place.
- Système ventriculaire de morphologie et de volume normal.
- Cisternes de la base libres.
- Fosse cérébrale postérieure sans anomalie.
- Charnière cervico-occipitale sans anomalie.
- Fracture à trait oblique de la tête mandibulaire droite irradiant vers la base du condyle mandibulaire avec déplacement et chevauchement minime, responsable d'une luxation de l'articulation temporo-mandibulaire homolatérale.
- Absence d'autre trait de fracture notable.
- Epaississement minime des parties molles jugales et temporales droites.

CLINIQUE PEDIATRIQUE
50, Bd. Abderrahim Bouabid
Tél: 0522 23 18 18 (8LG) / 0522 23 50 73
Fax : 0522 23 50 28
E-mail : atfalclinique@gmail.com
Site web : www.cliniqueatfal.ma

Merci de votre confiance.

Dr. QECHCHAR
SERVICE RADILOGIQUE ATFAL

CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le : 26-07-2022

Facture N° 14134/22

A. Identification

N° Dossier : ATF22G26162152

N° Identifiant : 021219/22

Nom & Prénom : Enf. BEKKARI MALIK

C.I.N :

Adresse : CASA

Médecin traitant : DR . CHBIHI WAHOUDI

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
RADIOLOGIE						
1	SCANNER CRANIO-FACIAL		2 500,00			2 500,00
PRESTATIONS						
1	CONSULTATION		400,00			400,00
PARTIE CLINIQUE :						
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facturé à la somme de :						
TOTAL GENERAL						
2 900,00						

DEUX MILLE NEUF CENTS DIRHAMS

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

signature de l'assuré

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