

## 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.

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-683638

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12168 Société : AM  
☒ Actif ☐ Pensionné ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Quornich Solim  
 Date de naissance :  
 Adresse :  
 Tél. : 066267371 Total des frais engagés : 529,16 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 27/7/2022  
 Nom et prénom du malade : Quornich Gnapas  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Eczéma  
 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 : 27/07/2022

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
27/11/20		CL	300,00	INP : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 

*Zzzz*

Cv

300,50

INP : [ ] [ ] [ ] [ ] VBI  
Docteur Leila CHR-VBI  
Spécialiste en Allergologie  
Spécialiste en Pédiatrie  
tél 8801-GSM: 0660036046  
tel 79301-1042885 PATRIQUE

Docteur Leila CHAKRABARTY  
Spécialiste en Allergologie  
Spécialiste en Pédiatrie  
06 88 01 03 60  
06 88 01 04 28

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  Pharmacie LES JOURNAUX DE BOUKHARA S.A. Rés. les Joyaux de Boukhara N° 1 Ville Verte - Casablanca Tél : 0520 61 61 - Fax : 0520 54 28 47 I.C.E. 19880451500094	Date  27.7.22	Montant de la Facture  229,60

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27.7.22	229,60

Date \_\_\_\_\_

Montant de la Facture

27,722 229,60

[illegible]

Date \_\_\_\_\_

Montant  
des Honoraires[illegible][illegible]

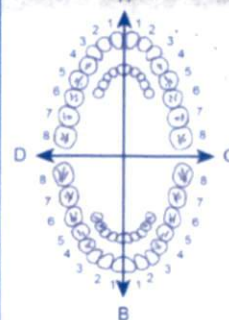
Date des Soins

Nombre

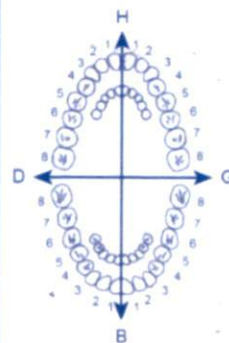
Montant détaillé  
des Honoraires[illegible]

**VOLET ADHERENT**

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



A diagram of a dental arch (maxilla) with teeth numbered 1 through 8 on both sides. A vertical line passes through the center, labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. A horizontal line passes through the center, labeled 'D' on the left and 'G' on the right. The teeth are arranged in a semi-circle, with the central incisors at the top (1 and 2 on each side) and the molars at the bottom (8 on each side).



	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AKDITAL

Clinique Atfal  
مصحة أطفال

Casablanca, le 27/12/20



Quorinich Yannis  
126,00

Gel onguent Lipikar  
Exopret Roche  
Roche

+ Lipikar cream  
hydratant

Roche Roche

16,60

Locopred powder

87,00

D'application + 2  
+ 1 dose

Poviced cream d'usage

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

mes de Boit

15 229,60

Dr. Leila CHRAÏBI  
Spécialiste en Pédiatrie  
Tél: 0522 23 50 73  
INPE: 091042895



# CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le : 27-07-2022

Facture N° 14207/22

**A. Identification**

N° Dossier : ATF22G27184957

N° Identifiant : 002297/21

**Nom & Prénom : bebe QUOUNINICH YANIS**

C.I.N :

Adresse : CASA

**C. Débiteur**

page 1/1

**Organisme : Payant**

ICE :

Adresse :

**D. Période d'Hospitalisation**

Date Entrée : 27-07-2022

Date Sortie : 27-07-2022

Médecin traitant : DR. CHRAIBI LEILA

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>PRESTATIONS</b>						
1	CONSULTATION		300,00			300,00
Total Rubrique :						300,00
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						300,00
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						0,00
<b>Arrêté la présente facture à la somme de :</b>						<b>TOTAL GENERAL 300,00</b>

TROIS 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