

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
- 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 Aïlal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal 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° W21-765573

139463

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12579 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ABOULEAIDA ARINE

Date de naissance : 14/01/1988

Adresse : Casagreen Town n°41, ville verte boukora

Novace

Tél. : 0661669440 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/10/22

Nom et prénom du malade : ABOULEAIDA MAJDELGHAT Age : 2 ans

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

Nature de la maladie : Traumatisme du coude

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 : CASA Le : 1/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

01.10.2022	soins la fracture	1587.91	068740	
------------	-------------------	---------	--------	--

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

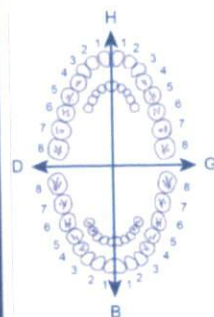
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
---	------	------------------------------	------------------------

AUXILIAIRES MEDICAUX

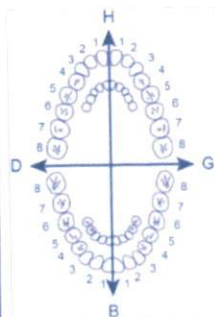
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
39533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE 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.....

01/10/22

ABOUL FERDA Majid El
Chali

Rx Lourde Gauche
F4P

Dr. LARBI EL-HOUSSAINI Bouchra
Chirurgien Pédiatre
131, Bd. Abdelmoumen (en face Imm. Renault)
Résidence Jawharat Seine Etage N° 18
CASABLANCA
Tél. 05 22 47 04 72 - URG : 06 65 42 00 46

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

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.....

02/10/22

CR

ABOULFeida Majd Et Ghali
Traumatisme du Coude Gauche
à domicile
Attelle d'immobilisation

Dr. LARAKI EL HOUSSAÏNI Bouchra
Chirurgien Pédiatre
131, Bd. Abdelmoumen (en face Im. Renault)
Résidence Jawharat Sème Etage N° 18
CASABLANCA
Tél : 05 22 47 04 12 - Urg : 05 85 42 80 49

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

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

Casablanca , le 01/10/2022

PATIENT : **ABOULFEIDA MAJD ELGHALI**

PRESCRIPTEUR : **DR. LARAKI BOUCHRA**

RADIOGRAPHIE DU COUDE GAUCHE
(FACE ET PROFIL)

RESULTATS :

- Pas de trait de fracture osseuse.
- Respect des interlignes articulaires.
- Pas de lésion osseuse focale.
- Pas d'anomalie des parties molles.

Merci pour votre confiance

CLINIQUE PÉDIATRIQUE
ATFAL
50, Bd. Abderrahim Bouabid
OASIS - Casablanca
Tél: 0522 23 18 18 - INPE : 09000360
SERVICE RADIOLOGIE ATFAL

CLINIQUE ATFAL

NOTE HONORAIRE

LE:06/10/2022

DATE ENTREE : 01/10/2022
DATE SORTIE : 01/10/2022

DR. LARAKI BOUCHRA (CHIRURGIE PEDIATRIQUE)

HONORAIRES : 600,00 Dh (SIX CENTS DIRHAMS)

PATIENT : BEBE ABOULFEIDA MAJD ELGHALI

signé et cacheté

CLINIQUE PEDIATRIQUE
ATFAL
50, Bd. Abderrahim Bouabid
OASIS - Casablanca
Tél: 05 22 24 18 12 - APPE: 090003690
Dr. LARAKI BOUCHRA SAINI Bouchra
Chirurgien pédiatre
131, Bd. Abdelmoumen
(en face Im. Bouayach) - Casablanca
5ème Etage - Casablanca
C : 05 22 47 04 12 - Urgence : 06 65 42 60 46

CLINIQUE ATFAL

Séjour : Du 01/10/2022 au 01/10/2022
Patient : bebe ABoulFEIDA MAJD ELGHALI
N° Dossier : ATF22J01174105
Organisme : PAYANT

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
BANDE DE GAZE 5 CM	1,80 Dh	1	1,80 Dh
BANDE DE PROTECTION 7,5 CM	17,25 Dh	1	17,25 Dh
BANDE JERSEY 10*25M	73,41 Dh	1	73,41 Dh
BANDE RESINE TYPE SCOTCH CAST 5	84,26 Dh	1	84,26 Dh
BANDE VELPEAU 7.5CM	11,25 Dh	1	11,25 Dh
			187,97 Dh

CLINIQUE PÉDIATRIQUE
ATFAL
50, Bd. Abou Ibrahim Bedabid
OASIS - Casablanca
Tél : 0521 23 18 18 - INPE : 090003690