

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0019266

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10330

Société : RNT

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENDAOUD KHALID

Date de naissance : 22/11/1976

Adresse :

Tél. : (06) 62-12-58-58

Total des frais engagés : 679,55 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/12/2022

Nom et prénom du malade : BENDAOUD FAIDA OZZAHRA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Suspicion infection urinaire

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 02/12/22

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

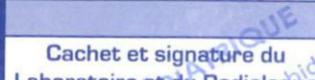
Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 50, Bd. Abderrahim BOUABDELMAJID OASIS - Casablanca Tél : 0522231818 - 1177 - 050003560	21/12/2022	fact	212,15 DH

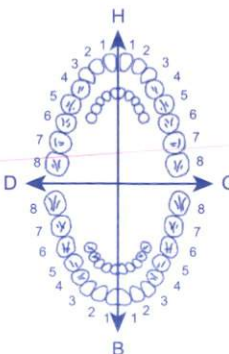
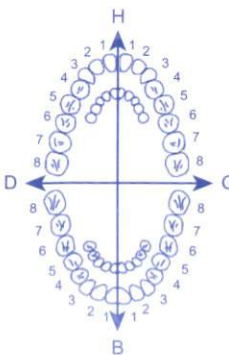
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>														
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>													
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>													
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>														
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">D G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D G		00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
					DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>													
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AKDITAL

Clinique Atfal
مصحة أطفال

8 ECBU

PPV: 55,00 DH
LOT: 646424
PER: 11/23

AMOXIL 1g
12 comprimés dispersibles



6 118000 160038

Casablanca, le...

BEN DAoud Fohima EZZAHRA
LA

① Amoxil 1g cp
55,00.
1 cp x 2 / 06 h



PHARMACIE AL ACHAR
DIOURI MOHAMED
33, Bd Taza Hay My Abdellah Casa
Tél : 05 22 21 59 66

② Phyn... pour
09,00.
sh... 3h



CLINIQUE PÉDIATRIQUE
50 Bd. Abderrahim Bouabid
OASIS - Casablanca
Tél : 05 22 23 18 18 - 05 22 09 00 36 90

③ Doliprane
12,80
1 so det x 4 / 3 h



PPV 12 DH 80
PER 09/24
LOT L2918

Oasis, Casablanca
73 - Fax : 0

Doliprane®
PARACETAMOL 300 mg
16 à 30 kg
12 SACHETS-DOSE
POUDRE POUR
SOLUTION BUVALE

CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le : 02-12-2022

Facture N° 22635/22

A. Identification

N° Dossier : ATF22L02165035

N° Identifiant : 028682/22

Nom & Prénom **Enf. BENDAOUD FATIMA**

: **EZZAHRA**

C.I.N :

Adresse : CASA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : **Payant**

ICE : Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 02-12-2022

Date Sortie : 02-12-2022

Médecin traitant : DR . RAIQ NEZHA

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	CONSULTATION		300,00			300,00
Total Rubrique :						300,00
PARTIE CLINIQUE :						
LABO EXTERNE						
1	HPC LABO		212,75			212,75
Total Rubrique :						212,75
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
						212,75
TOTAL GENERAL						512,75

Arrêté la présente facture à la somme de :

CINQ CENT DOUZE DIRHAMS SOIXANTE-QUINZE CENTIMES

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

AKDITAL

Hôpital Privé Casablanca Ain Sebaa
المستشفى الخاص الدار البيضاء عين السبع



Casablanca, le 03/12/2022

Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 021222-233

Pvt du: 02/12/2022 20:12

Enf BENDAOUZ FATIMA EZZAHRA

IPP Patient : 86181/22

Patient Clinique : Clinique ATFAL

Prescrit par Dr RAIQ NEZHA

Page : 1/2

BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

EXAMEN MACROSCOPIQUE

Nature du prélèvement	:	Milieu du jet
Couleur	:	Jaune
Aspect	:	Clair

EXAMEN CYTO-CHIMIQUE

pH	:	6,0	
Nitrites	:	Négatif	
Acetone	:	+	
Glucose	:	Négatif	
Protéines	:	Négatif	
Sang	:	Négatif	
Cellules Epithéliales	:	Rares	
Leucocytes	:	3 000	/ml (Inférieur à 10000)
Hématies	:	3 000	/ml (Inférieur à 10000)
Cristaux	:	Absence	
Cylindres	:	Absence	
Cellules rénales	:	Absence	
Levures	:	Absence	
Filaments mycéliens	:	Absence	
Examen direct	:	Absence de germes.	

Ne pas diffuser au patient

Résultat à considérer sous réserve de validation biologique

SERVICE LABORATOIRE N°1
HOPITAL PRIVÉ CASABLANCA AIN SEBA
INPE : 090063272
279, Bd. Chefchaoui - Ain Sebaa

AKDITAL

Hôpital Privé Casablanca Ain Sebaa
المستشفى الخاص الدار البيضاء عين السبع

Enf BENDAOUD FATIMA EZZAHRA

Dossier N° : 021222-233

Page : 2/ 2

EXAMEN BACTERIOLOGIQUE

Culture sur milieux usuels

:

:

Stérile après 24h d'incubation

SERVICE LABORATOIRE - N°7
HOPITAL PRIVE CASABLANCA AIN SEBA
INPE : 020063272
279, Bd. Chefchaouni - Ain Sebaa

Ne pas diffuser au patient

Résultat à considérer sous réserve de validation biologique

Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons bon rétablissement