

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.



0661.217622

Déclaration de Maladie : N° P19- 0024006

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8898 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Bencheikroun Karim Date de naissance : 21/01/2023
 Adresse : Mohammelle
 Tél. : 0522912120 Total des frais engagés : 1000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 21/01/2023
 Nom et prénom du malade : Bencheikroun Yasmine Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Traumatisme du bras droit à domicile
 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 : 21/01/23

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

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
21/01/23	C		500,-	

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
	21/01/23	Px	500,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

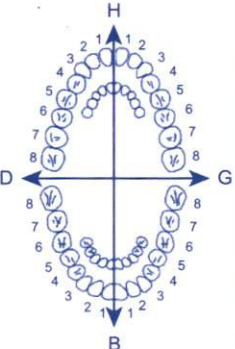
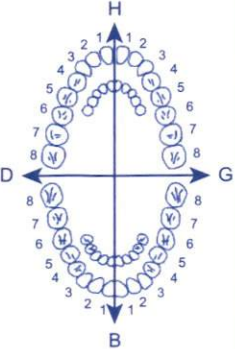
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AKDITAL

Clinique Atfal
مطبة أطفال

Casablanca, le 21/01/23

Benche Kroum Yassine

Rx coude droit

FIP

SERVICE RADIOLOGIE ATFAL
066500060 - 3411 - 0522 23 50 73
50, Bd. Abderrahim Bouabid
Oasis, Casablanca

CLINIQUE ATFAL
0522 23 50 73 - 0522 23 50 28
50, Bd. Abderrahim Bouabid
Oasis, Casablanca

D. LARAKI EL HOUSSEINI BOUCHRA
Chirurgien Pédiatre
131, Bd. Abdelmeoumen
5ème Etage N° 18 - Casablanca
C : 05 22 47 04 12 - Urgence : 06 65 42 50 00



AKDITAL

Clinique Atfal
مصحة أطفال

CENTRE D'IMAGERIE MÉDICALE
مركز الفحص بالأشعة

• Scanner Multibarrette • Angio-Scanner • Coloscopie Virtuelle • Dentascanner • Radiologie Standard Numérisée • Echographie / Echo Doppler
• IRM Corps Entier / IRM Cardiaque sur RDV • Coroscanner sur RDV • Radiologie Interventionnelle

Casablanca, le 21/01/2023

PATIENT : **BENCHEKROUN YASSINE**

PRESCRIPTEUR : **DR. LARAKI BOUCHRA**

RADIOGRAPHIE DU COUDE DROIT
(FACE ET PROFIL)

RESULTATS :

- Pas de solution de continuité osseuse nettement individualisable.
- Interlignes articulaires respectées, sans signe de luxation.
- Absence de lésion osseuse focale.
- Absence d'anomalie des parties molles.

Merci de votre confiance.

Dr. QECHCHAR



CLINIQUE PRÉVENTIVE
50, Bd. Abderrahim Bouabid, Oasis, Casablanca
Tél : 0522 23 50 73

CLINIQUE ATFAL



CASABLANCA Le : 21-01-2023

Facture N° 01297/23

A. Identification

N° Dossier : ATF23A21135605 N° Identifiant : 018795/22
Nom & Prénom : Enf. BENCHEKROUN YASSINE
C.I.N :
Adresse : CASA

C. Débiteur page 1/1

Organisme : Payant
ICE : Adresse :
D. Période d'Hospitalisation
Date Entrée : 21-01-2023
Date Sortie : 21-01-2023

Médecin traitant : DR . LARAKI BOUCHRA			Traitement :			
Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
RADIOLOGIE						
1	COUDE DROIT FACE + PROFIL		500,00			500,00
Total Rubrique :						500,00
PRESTATIONS						
1	CONSULTATION		500,00			500,00
Total Rubrique :						500,00
PARTIE CLINIQUE :						1 000,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :			TOTAL GENERAL		1 000,00	

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

signature de l'assuré

[Handwritten signature and blue circular stamp of Clinique ATFAL]