

## 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

- 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.

N° W21-603788

148628

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricule : 12808 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHBOURK TAREK

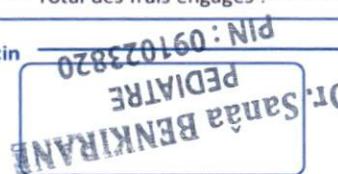
Date de naissance : 21 - 04 - 1984

Adresse : lot ALLAIMOUNE 2 RUE 36 N° 18 ET 20  
CASABLANCA

Tél. : 06 61 23 84 75 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : CHBOURK KENZA Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Angine

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous un sceau 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

Signature de l'adhérent(e) :



## **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
03 Juillet 2023	CNS		400 D.H.	INP : 11111111111111111111 Dr. Sanâa BENKIRANE PEDIATRE CLINIQUE PEDIATRIQUE AIN : 01023820 ATAFAL

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Tél : 0522 73 18 18 - INPI : 05000210 Montant de la Facture
 	03/02/23	672.90.

#### **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
		A M	P C	I M	I V	
		.....				.....
		.....				.....
		.....				.....
		.....				.....
		.....				.....

## **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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

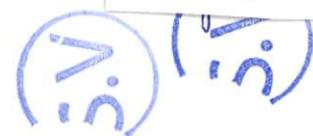
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ]														
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> [ ]														
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> [ ]														
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> [ ]														
				<b>FIN D'EXECUTION</b> [ ]														
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> [ ]														
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		35533411		11433553		B		<b>MONTANTS DES SOINS</b> [ ]
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
00000000																		
35533411																		
11433553																		
B																		
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			<b>DATE DU DEVIS</b> [ ]														
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> [ ]														



⑧ Vogatine 5 mg P.P.  
ii.30 1 mg x 31 = 31 mg

LOT: 221246  
PER: 09-2025  
PPV: 11.30 DH

12.90



⑨ Dalifine 3 mg P.P.  
ii.30 2 mg x 14 = 28 mg

8.18

Nycomed 500 mg  
22/20 (20)



19.00

12 D H P  
PER 12/25  
LOT 14111



19,00

172.90

# CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le :

PREFACTURE

**A. Identification**

N° Dossier : ATF23B03204617

N° Identifiant : 003252/21

**Nom & Prénom : Enf. CHBOURK KENZA**

C.I.N :

Adresse : CASA

**C. Débiteur**

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

**D. Période d'Hospitalisation**

Date Entrée : 03-02-2023

Date Sortie :

Traitement :

Médecin traitant : DR . BENKIRANE SANAA

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>PRÉSTATIONS</b>						
1	CONSULTATION		400,00			400,00
					Total Rubrique :	400,00

PARTIE CLINIQUE :

PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :

Arrêté la présente facture à la somme de :

QUATRE CENTS DIRHAMS

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

CLINIQUE ATFAL TOTAL GENERAL 400,00  
50, Bd. Abderrahim Bouabid Casablanca  
OASIS signature de l'assuré  
Tél : 0522 23 18 18 - INF 6.100.000