

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

- 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 Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l' Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M23-013670

168558

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9423 Société : Royal Air Maroc
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SOUAL Abouchebba
 Date de naissance : 09/04/1964
 Adresse : Villa 661 La ville verte GREEN TOWN BOUSKOURA CASABLANCA
 Tél. : 068 148489 Total des frais engagés : 1649,69 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور عدنان ناصر
Docteur ADNANE NACER
 Chirurgien orthopédiste - traumatologue
 TEL : 06 61 71 90 00
 NPE : 091036814

Date de consultation : 24/04/23
 Nom et prénom du malade : SOUAL Adnan Age : 56 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : 17/04/2023
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Chute dans les escaliers
 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 : 24/04/23
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
20/04/23	6		600,000	

Dr. ADNANE NAJEM
 Chirurgien orthopédiste - Traumatologue
 TEL : 06 61 71 90 00
 INPE : 091038814

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10.50.00	
	19/04/23	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Service Radiologie Clinique du Bien-Être Bouskoura	20/04/23	Rx Lombaire R&E	300,000

AUXILIAIRES MEDICAUX

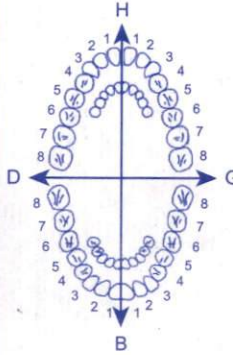
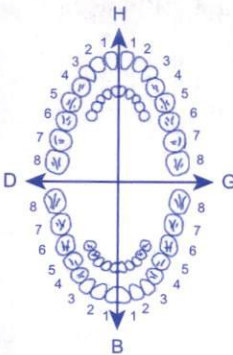
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	20/04/23		Pharmacie			150,000

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																		
																					
			COEFFICIENT DES TRAVAUX																		
			MONTANTS DES SOINS																		
			DEBUT D'EXECUTION																		
			FIN D'EXECUTION																		
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	00000000	21433552	00000000		00000000	00000000		00000000	35533411	11433553	G	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
H		H																			
25533412	00000000	21433552																			
00000000		00000000																			
00000000		00000000																			
35533411	11433553	G																			
B																					
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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



AKDITALIFE

CLINIQUE DU BIEN-ÊTRE BOUSKOURA

Casablanca, le.....

19/04/23

Adam Foul

Rx L C elbow and joint

Service Radiologie
Clinique du Bien-Être
Bouskoura

د. ناصر عدنان
Dr. Nacer ADNANE
Chirurgien Orthopédiste Traumatologue
Tél. : 05 20 17 71 00 - GSM : 06 61 71 90 0
INPE : 091036814

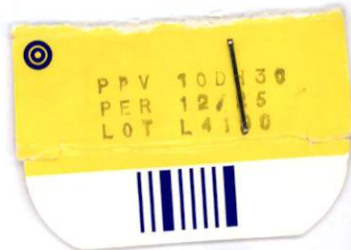


AKDITALIFE

CLINIQUE DU BIEN-ÊTRE BOUSKOURA

Casablanca, le 19/04/2023

Adam Larol



No. 30

4 1 Dr. Nacer Adnane
A - A - A Dr. Adnane



Dr. Nacer Adnane
Chirurgen Orthopédiste Traumatologue
Tél.: 05 20 17 71 00 - GSM: 06 61 71 90 0
INPE: 091036814

Clinique du Bien-Être Bouskoura, Bouskoura Golf City
(Prestigia), Casablanca 27182
Tél.: 05 22 06 48 48 - Fax: 05 22 78 26 92
E-mail: Direction@akditalife-bouskoura.ma
Site web: www.akditalife-bouskoura.ma

CLINIQUE DU BIEN ETRE BOUSKOURA



060065232

BOUSKOURA Le : 20-04-2023

Facture N° 00444/23				C. Débiteur			page 1/1
A. Identification N° Dossier : CBB23D19225658 Nom & Prénom : Enf. SOUAL ADAM C.I.N : Adresse : VILLA 481 GREEN TOWN LA VILLE VERTE				N° Identifiant : 000337/23			
B. Assuré Lien avec l'assuré : Lui même Nom prénom :				D. Période d'Hospitalisation Date Entrée : 19-04-2023 Date Sortie : 20-04-2023			
Médecin traitant : DR . DR NACER ADNANE				Traitement : URGENCE			
Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total	
PHARMACIE INTERNE							
1	PHARMACIE		139,39			139,39	
Total Rubrique :						139,39	
PRESTATIONS							
1	CONSULTATION		600,00			600,00	
Total Rubrique :						600,00	
RADIOLOGIE							
1	CLAVICULE FACE		300,00			300,00	
Total Rubrique :						300,00	
PARTIE CLINIQUE :						1 039,39	
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00	
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL 1 039,39	

MILLE TRENTE-NEUF DIRHAMS TRENTE-NEUF CENTIMES
Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

Clinique du Bien-Être Bouskoura
Bouskoura Golf City, Casablanca 27182
Tél : 05 22 06 48 48 - Fax : 05 22 78 26 92
e-mail : direction@akditalife-bouskoura.ma



مركز النقديت

ACHAT

20/04/23 00:14:29
9900903536 99035301

CBEB
Casablanca

A0000000031010
*****0068 VISA
CARTE LOCALE 220-0-9999-1-44

MONTANT : 1039,39 MAD

Num Transaction : 001
Num Autorisation : 000786
STAN : 000323

TICKET CLIENT

RE BOUSKOURA

AL ABDELILLAH
DAM
D



Reçu N°: 556

1 039,39 Dh

0068

Nom de propriétaire

SOUAL ABDELILLAH

Type de paiement

TPE

Imprimé par : AFLAIHI Abdelkhalek Le 20/04/2023 00h16

ACCUSÉ CAISSE
Clinique du Bien-Être
Bouskoura



AKDITALIFE

CLINIQUE DU BIEN-ÊTRE BOUSKOURA

19.04.2023.

Symptômes

Abou: Samel Adam

Dizégnatfe: l'adhénie accorde l'adhénie
faible

Intervention

- Strapping de la clavicule
- Echange
- Antalgique


Dr. Nacer ADNANE
Chirurgien Orthopédiste Traumatologue
Tél.: 05 22 17 71 00 - GSM: 06 61 71 90 0
INPE: 091036814

Casablanca, le 05/07/2023

Déclaration Sur l'honneur

Je Soussigné, Soual Aboukhalil, n°19423
déclare sur l'honneur que mon fils Adam Soual
a perdu l'équilibre en descendant des escaliers
chez nous et a subi une traumatisme au niveau
de l'épaule gauche.

Cette déclaration est faite pour servir
et valoir ce que de droit.

Signé: A. SOUAL
Il me