

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.

N° W19-436259

N° D : 12113

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12540	Société : R.A.M		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MOUSSA SSIR YASSINE			
Date de naissance : 29/08/1986			
Adresse : Lot NASSIM RESIDENCE LES CHAMPS			
Tél. : 0662333463	Total des frais engagés : 1778,1 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Dr. Driss CHBIHI WAHOUDI 15 Bvd Ain Taoujoute, Résidence Bahia, ET N°4, APPT 7 ICE N°00203554900086 - IF : 14437605 Tél : 05 22 20 10 55			
Date de consultation : / /			
Nom et prénom du malade : / / Age : / /			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : / /			
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. ICE N°00203554900086 - IF : 14437605 Tél : 05 22 20 10 55			

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 : Signature de l'adhérent(e) :
Signature : MELLEH CISSOUNE

Le : / /

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
18/11/15	visite partenue		1570,-D	INP : CLINIQUE FETAL ATFA 50, Bd. Abdallah Oasis - CASA 18 - F Bouabda INCA 011 55 55 10

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Dr. DRISS CHBNITI Médecin de la Faculté, 95, Bd. Ain el Fazza, EL NEKAAPPT 7 Résidence Bahia, EL NEKAAPPT 7 TÉL: 05 23 20 10 55 ICE N°00203554900008833 TÉL: 05 23 20 10 55 5 G. 30
PHARMACIE H2O Quartier NASSIM SABLANCA 5.22.66.05.00	29/11/19	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	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'OOF.

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



مصحة أطفال
CLINIQUE ATFAL

18/11/19

Henkissi Yammine

PPV: 70,60 DH
LOT: 610837
PER: 10/2020

PPV: 70,60 DH
LOT: 610837
PER: 10/2020

Age = 3 ans

P = 16 Kg

70,60 x 3

① Augmentui Sirop en S.V.

Dose de 16 kg x 3/5 → 5

② Brufen Sirop

Acam x 3/5 → 5

T = 2M, 80

PHARMACIE HASSAN
326, Lot 100, 100, QUAI DE L'ESSA
MA - 20190 CASABLANCA
Téléph. : 05 22.69.05.00
www.ph20.ma

50, Bd Abderrahim Bouabid (ex. Djerada) - Oasis - Casablanca

© 0522.231.818 (8 LG) / 0522.235.073 - Fax : 0522.235.028 - E-mail : atfalclinique@gmail.com

Rdv le 21/11/19
17h00



مصحة أطفال
CLINIQUE ATFAL

25/11/19

Gauthier Randu

L'enfant Gauthier Yasmine, né le 18/11/19
Pour traçage de la s^eorteil gauche,
chez qui nous avons réalisé une Suturé
de l'ostéotomie au méthyl 5% sous SC avec
l'aide de la réalisation d'un fil de fer.

Dr. Driss CHBIHI WAHOUDI
15, Bvd Ain Taoujoute,
Résidence Bahia, FT N°4, APPT 7
ICEN°002035549000086 - IF 14437605
Tel : 05 22 20 10 95

Dr. Driss CHBIHI WAHOUDI
Chirurgien Pédiatre

Maladies et chirurgies de l'enfant

Chirurgie viscérale

Chirurgie traumatologique et orthopédique

Chirurgie urologique (Circoncision)



د. إدريس الشبيهي الوحدوي
أخصائي في جراحة الأطفال
الجراحة الباطنية
جراحة العظام والمفاصل
جراحة المسالك البولية (الختانة)

Casablanca le 29/11/19

Montassir

~~PHARMACIE HASSIM~~
326, Lot. N°20190 CASABLANCA
MA 20190 CASABLANCA
Tel/Fax: 05 22 89 05 00
www.ph20.ma

① Bé fucidine 16 g ~~16 g~~ S.V. S.P.

39,70

② Fucidine pomade S.V. S.P.

Fucidine® 2%
pommade Tube de 15 g

39,70

~~PHARMACIE HASSIM~~
326, Lot. N°20190 CASABLANCA
MA 20190 CASABLANCA
Tel/Fax: 05 22 89 05 00
www.ph20.ma

T=56,30

~~PHARMACIE HASSIM~~
326, Lot. N°20190 CASABLANCA
MA 20190 CASABLANCA
Tel/Fax: 05 22 89 05 00
www.ph20.ma

DR. DRIS CHBIHI WAHOUDI
15, Bvd Ain Taoujoute, Résidence Bahia, ETN N°4, APPT 7
Résidence Bahia, ETN N°4, APPT 7
ICEN 00203554990002, UF: 14437605
Tél : 05 22 20 10 55

CLINIQUE ATFAL

50 Bd Abderrahim BOUABID OASIS
Tél. 022 23 18 18 Fax : .022 23 50 28
IF 01087099

090003690



F A C T U R E

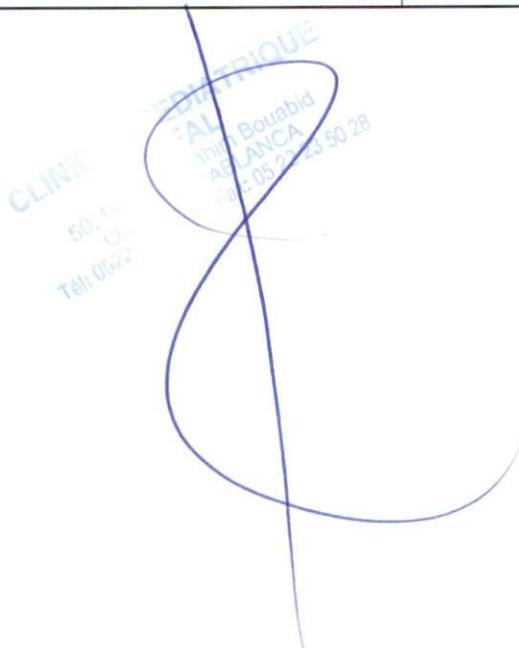
N° : 8094 / 2019 du 25/11/2019

Nom patient **MOUNTASSIR YASMINE**
PAYANT

Entrée 18/11/2019
Sortie 18/11/2019

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
RADIO	1,00		200,00	200,00
FRAIS DE SALLE	1,00		100,00	100,00
			<i>Sous-Total</i>	300,00
PHARMACIE	1,00		410,00	410,00
			<i>Sous-Total</i>	410,00
Total Clinique				710,00
DR. CHBIHI WAHOUDI DR (chirurgien pedia)	1,00	K	800,00	800,00
			<i>Sous-Total</i>	800,00
Total Autres prestations				800,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE CINQ CENT DIX DIRHAMS	Total	1 510,00



DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

25/11/2019
13:57

Nom Patient : MOUNTASSIR YASMINE		Numéro dossier : U19K251450			
Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
25/11/2019	TEGADERM 6CMX7CM (100)	0	1,00	20,00	20,00
25/11/2019	VICRYL 5/0 CT 13 MM (001)	0	3,00	120,00	360,00
25/11/2019	GANT STERILE 8 (001)	0	1,00	30,00	30,00
				Total pharmacie	410,00



 DR MOUNIR BOUABID
 CLINIQUE ATFAL
 CASABLANCA
 Tél: 0522235020



مصحة أطفال
CLINIQUE ATFAL

Note d'honoraires

Nom et prénom

YASSMIN NE MOUNA ASSIR

Diagnostic

Opération de la thyroïde

Intervention

Cotation

1500 Dh

Honoraires

Casablanca, le

18/11/19

Signé

CLINIQUE PEDIATRIQUE ATFAL

50, Bd Abderrahim Bouabid

Oasis - CASABLANCA

Tél : 0522 23 18 18 / Fax : 0522 23 50 28

50, Bd. Abderrahim Bouabid (ex. Djerada) - Oasis - Casablanca

© 0522.231.818 (8 LG) / 0522.235.073 - Fax : 0522.235.028

E-mail : atfalclinique@gmail.com



مصحة أطفال
CLINIQUE ATFAL

18/11/19

Conférence

Capteur Rendre

Réduire la force

=> Assistance de l'outil assisté au articulatio

Nécessité d'un

Dr. Driss CHBIHI WAHOUDI
75, Bd Ain Taoujoute,
Résidence Bahia, ET N°4 APPT 7
ICE N°002035549000086 CP : 14427605
Tél : 05 22 20 10 55

CLINIQUE ATFAL

50 Bd Abderrahim BOUABID OASIS
Tél. 022 23 18 18 Fax : .022 23 50 28
IF 01087099
Casablanca

BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 18/11/2019 Heure 13:50

<u>Nom et Prénom du patient</u>	MOUNTASSIR YASMINE	<u>Age ou Date Naissance</u>	120 -
<u>N° Cin du patient ou du tuteur</u>			
<u>Adresse</u>			
<u>Téléphone</u>			
<u>Personne à appeler en cas d'urgence</u>			
<u>Médecin traitant</u>	CHBIHI WAHOUDI DRISS	<u>Durée prévue d'hospitalisation (jours) :</u>	0
<u>Motif d'hospitalisation</u>	...		
<u>Affiliation à une couverture maladie</u>	NON		

Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie

<u>Nom et prénom de l'assuré</u>	<u>Lien de parenté</u>
<u>Organisme assureur</u>	
<u>Mode de paiement</u>	PAYANT

Nom et prénom du signataire :

Signature
CLINIQUE ATFA
50, Bd Abderrahim Bouabd
Oasis CASABLANCA
Tel: 0522-23 18 18 - Fax: 05 22 23 50 28

Partie à compléter à la sortie

<u>Date Sortie</u>	18/11/2019	<u>Heure</u>	<u>Durée d'hospitalisation (jours)</u>	0
<i>Nom et prénom du signataire</i>				

Le : 18/11/2019 ,

Références

8 094 / 191125135238007022
PAYANT

Entrée / Sortie : 18/11/2019 - 18/11/2019

Le Dr. CHBIHI WAHOUDI DRISS

présente à . MOUNTASSIR YASMINE

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
800,00 Dhs

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Dr. DRISS CHBIHI WAHOUDI
Résidence Elaria, RT N°4, APP
ICE N°052035549000086 - IF: 14437605
Tél: 05 22 20 10 55

Cachet et signature