

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## tions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## biologie 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.

## cique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.n.upras.com

Maladie

Dentaire

Déclaration de Maladie  
Nº P19- 0029948

54409

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9402

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ASSELLALOU AHMED

Date de naissance : 27/07/68

Adresse : VILLA 49 Casablanca route malaoui  
Bous Kamaa Casablanca

Tél. : 06 61 23 34 22

Total des frais engagés : 1240,60 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

DR FARAKI EL HOUSSAINI BOUCHRA  
Chirurgien Pédiatre  
131, Bd. Abdelmoumen (en face Imm. Renault)  
Résidence Jawharat 5ème Etage N°18  
CASABLANCA  
Tél. 05 22 47 04 12 - Urg : 06 65 42 60 46

MUPRAS  
05 JAN 2020

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/12/2020

Nom et prénom du malade : ASSELLALOU SAMI Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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.

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) :

DR FARAKI EL HOUSSAINI BOUCHRA  
Chirurgien Pédiatre  
131, Bd. Abdelmoumen (en face Imm. Renault)  
Résidence Jawharat 5ème Etage N°18  
CASABLANCA  
Tél. 05 22 47 04 12 - Urg : 06 65 42 60 46

# 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
20/12/2020	Vonfetur	1200DA	1200DA	Dr. LARAKI EL HOUSSAINI Bouchra Chirurgien Pédiatre 131, Bd. Abdelmoumen Ben Laâbi - Résidence Jawharat - 3ème Etage N° 100 CASABLANCA Tél: 05 2447 04 12 - Urg: 05 58 42 80 45 50, Bd Abderrahim Bouabida Tel: 05 22 23 18 18-Fax: 0522 23 18 18

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE DALIA 24 Bis, Rue des Vanneaux Oasis - Casablanca Tel: 05 22 99 27 54 - Fax: 05 22 23 02 92	20/12/2020	40,60

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G B	DATE DU DEVIS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION		

Dicoténaïc sodique ..... 25 mg  
Excipients q.s.p ..... 1 comprimé  
Excipient à effet notoire : lactose.  
Boîte de 30 comprimés enrobés gastro-résistants.  
Cette boîte contient 750 mg de dicoténaïc sodique.  
Dr. Maria MAFLOUH-Pharmacien Responsable  
مختبرات مافلوك - مولى العزيز - الدار البيضاء - المغرب  
Laboratoire: GALENICA - Z.I. Ouled Saleh - Casablanca - Maroc

DIFAL®  
Dicoténaïc sodique 25 mg  
Boîte de 30 comprimés  
P.P.V. : 24,80 DH  
6118000190334

PPV 15 D H 80  
PER 10 / 23  
LOT 12980

15,80

## CLINIQUE ATFAL

20/12/2020

ASSE LLALOU

Sami

24,80

1) Difal cp 25 mg  
1cp x 3/j  
au milieu des repas

15,80

2) Doliprane cp eff 500 mg  
1cp x 2/j x 3/j

3) Echarpe Demore  
Superelle

Dr. LARAKI EL HOUSSAINI Bouchra  
Chirurgien Pédiatre  
131, Bd. Abderrahman (en face Imm. Renault)  
Résidence Jawhara Same Etage N° 13  
CASABLANCA  
Tel: 05 22 47 04 12 - Urg: 06 05 42 00 48

40,60

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

CLINIQUE ATFAL  
50, Bd Abderrahim Bouabid  
OASIS, CASABLANCA  
Tel: 0522.231.818 Fax: 0522.235.028



مصحة أطفال  
**CLINIQUE ATFAL**

## Note d'honoraires

Nom et prénom

Asselilou Sami

Diagnostic

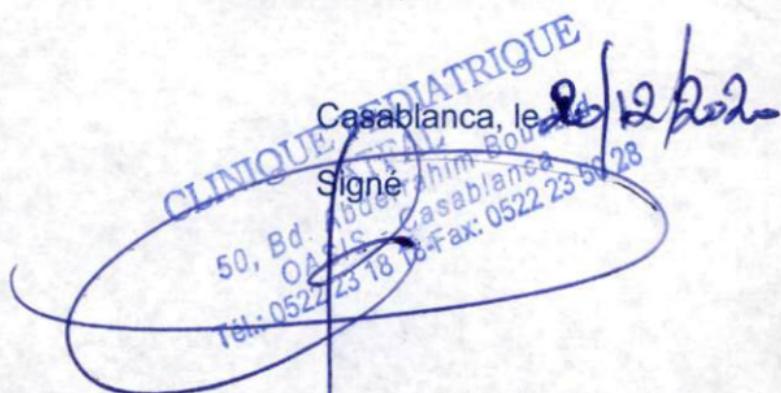
Choc + fev

Intervention

Cotation

200 DH

Honoraires



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**

20/12/2020

ASSEZ CALOU Sami

Traumatisme poignet  
Gauche  
à domicile  
Immobilisation

Dr. LARAKI EL HOUSSAINI Bouchra  
Chirurgien Pédiatre  
131, Bd. Abdelmajid Ben Kaddour (en face Imm. Renault)  
Résidence Jawharat Sâmia El Elegy N° 18  
Tél : 06 22 47 04 12 - Urg : 06 65 42 60 46



مصحة أطفال  
**CLINIQUE ATFAL**

20/12/2020

ASSELAOUS Sami

Re fluant - bras G<sup>th</sup>  
F+P

Absence de lésion  
fracturaire

Dr. LARAKI EL HOUSSAINI Bechra  
Chirurgien Pédiatre  
131, Bd Abderrahim (en face Imm. Renault)  
Résidence Jawharat Sétif Etage N° 18  
CASABLANCA  
Tél : 05 22 47 04 12 - Urg : 06 65 42 60 46

Dimanche 20/12/2020

Ahmed Asselalou

CDB 8737

M<sup>l</sup> 9402

### Déclaration sur l'honneur

Pour les causes et circonstances concernant  
l'accident de mon fils Sami Asselalou causant  
un traumatisme du poignet gauche, je vous  
informe qu'il s'agit d'un accident  
domestique survenu le soir du dimanche  
20/12/2020.

Signé :

Ahmed Asselalou



Le : 20/12/2020

Références 7 022 / 201221073437010003

PAYANT

Entrée / Sortie : 20/12/2020 - 20/12/2020

Le Dr. LARAKI BOUCHRA

présente à . ASSLALOU SAMI

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
600.00 Dhs

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

Dr. LARAKI BOUCHRA  
Chirurgien Pédiatre  
134, Bd Attia Boumenou  
en face Immeuble Residence Jouyra  
Fax: 05 22 47 04 12 - Urgence : 06 65 42 60 46

Cachet et signature

**ANNEXE PHARMACIE**

PAYANT

<b>Nom patient : ASSLALOU SAMI</b>	<b>N° Facture</b>	<b>7 022</b>	<b>E20L210630</b>
<b>Produit</b>	<b>Quantité</b>	<b>Prix Unitaire</b>	<b>Montant</b>
JERSEY 3 CMX25M (001)	1	50.00	50.00
SCOTCHCAST 7.5-BLEU (001)	1	150.00	150.00
	<b>Total pharmacie</b>		<b>200.00</b>

CLINIQUE PEDIATRIQUE  
ATFAD  
50, Bd. Abderrahim Rouabid  
QASIS - Casablanca  
Tél.: 0522 23 18 18 Fax: 0522 23 50 28

# CLINIQUE ATFAL SARL

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° : 7022 / 2020 du 20/12/2020

Nom patient **ASSLALOU SAMI** Entrée 20/12/2020  
**PAYANT** Sortie 20/12/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
RADIO F+P	1.00		300.00	300.00
FRAIS DE SALLE	1.00		100.00	100.00
			<i>Sous-Total</i>	400.00
PHARMACIE	1.00		200.00	200.00
			<i>Sous-Total</i>	200.00
			<b>Total Clinique</b>	<b>600.00</b>
DR. LARAKI BOUCHRA (chirurgien pédiatre)	1.00	K	600.00	600.00
			<i>Sous-Total</i>	600.00
			<b>Total Autres prestations</b>	<b>600.00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE DEUX CENTS DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>1 200.00</b>

