

## 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 déchiffré 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° W21-707364

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12589

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : BEN BRAHIM

ANESS

Date de naissance : 14/01/1988

Adresse : Résidence Les Crêtes de California, 1<sup>er</sup> Imm Jésamine, ETG 2, Appart 13  
A/C, Casablanca

Tél. : 0661086570

Total des frais engagés : 750,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/07/2023

Nom et prénom du malade : Ben Brahim

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

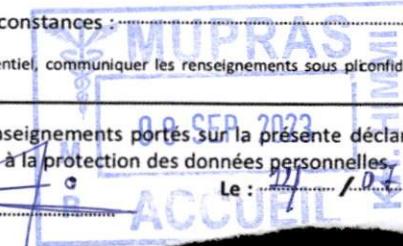
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casablanca

Le : 21/07/2023

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
11/07/03	CC	CC	280	INP : 091164988
	FC		50	Rue Charles Lefèvre 75010 Paris 01 45 64 98 88
				Signature et cachet du Médecin

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	14/11/2013	Fo	420,-

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> (List of treated teeth)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (Coefficient)	INP : <input type="text"/>												
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												
				<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b> 												
<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>          Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																



AKDITAL

Clinique Atfal  
مصحة أطفال

Casablanca, le ..... 14/7/23

Mamoun  
Bensrahim

✓ Néris tout gauche

f+f



50, Bd. Abderrahim Bouabid, Oasis, Casablanca

Tél. : 05 22 23 18 18 (8LG) / 05 22 23 50 73 - Fax : 0522 23 50 28

E-mail : [atfalclinique@gmail.com](mailto:atfalclinique@gmail.com)

Site web : [www.cliniqueatfal.ma](http://www.cliniqueatfal.ma)

## CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le : 14-07-2023

<b>Facture N° 12351/23</b>		<b>C. Débiteur</b>				
<b>A. Identification</b>		page 1/1				
N° Dossier : ATF23G14111200		N° Identifiant : 019614/22				
<b>Nom &amp; Prénom : bebe BENBRAHIM MAMOUN</b>		<b>Organisme : Payant</b>				
C.I.N : BE835011		ICE : Adresse :				
Adresse : CASA		<b>D. Période d'Hospitalisation</b>				
Médecin traitant : DR . KHAIROUNI ABDESLAM		Date Entrée : 14-07-2023				
		Date Sortie : 14-07-2023				
		Traitement :				
Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>RADIOLOGIE</b>						
1	COUDE GAUCHE FACE +PROFIL		400,00			400,00
						Total Rubrique : 400,00
<b>PRESTATIONS</b>						
1	ABLATION PLATRE		350,00			350,00
						Total Rubrique : 350,00
<b>PARTIE CLINIQUE :</b> 750,00						
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b> 0,00						
Arrêté la présente facture à la somme de :				<b>TOTAL GENERAL</b> 750,00		

SEPT CENT CINQUANTE DIRHAMS

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

50 Boulevard Abderrahim Bouabid - Casablanca -- Tél. : 05 22 23 18 18 / 05 22 23 50 73 - Fax : 05 22 23 50 28

E-mail : atfalclinique@gmail.com -- Site web : cliniqueatfal.ma --

E-mail : [atracclinique@gmail.com](mailto:atracclinique@gmail.com) -- Site web : [cliniqueatrac.ma](http://cliniqueatrac.ma) --  
AF CNSS : 6354865, IE : 01087089, ICE : 001685121000068, RC : 439509

AF CNSS : 6354665. IF : 01087089. ICE : 00168512100068. RC : 439509  
RIB : BANQUE SG OASIS CASA SGMB MAMC 02278000156000500667474. Patente : 34751594

**CLINIQUE PEDIATRIQUE**  
**ATFA**  
50, Bd. Abderrahim Boupid  
OASIS - Casablanca  
Tel: 0522 318 18 - INPF: 0900460