

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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° W21-649928

113061

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7944

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BEN RIBIA AHMED

Date de naissance :

26/09/2007

Adresse :

RUE 3 VILLA 22 ALAÏMOS N - CASABLANCA

Télé. :

0661696683

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin **Pr. MERINI MF**

Angle 56, Boulevard Abderrahim Bouabid

et Rue Des Ibis N° 20 Oasis - Casablanca

Tél. : 0522 98 01 31 - Gsm: 0661 24 11 00

INFL: 091112391 ICE: 002204123000022

Date de consultation : 31/03/2022

Nom et prénom du malade : BEN RIBIA WALID Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Appendictite aigüe

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.

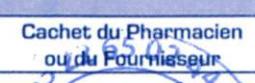
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

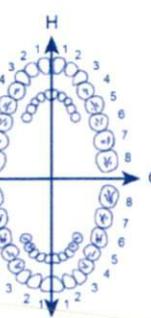
Fait à : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 18/04/2022

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
31/03/2022	3	1	500	 Dr. MERAHMÉH 146 Boulevard Abderrahim Boucetta Bât. N° 20 Oasis - Casablanca Tél: 0522 98 01 31 - GSM: 0661 24 11 00 I.C.F.E: 002204123000022

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/3/22	2050.10

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>  	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>													
				Coefficient DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN + D'EXECUTION													
	<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b>  	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX												
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><hr/></td> <td style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>	<hr/>	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS
		H	G														
		25533412	21433552														
		00000000	00000000														
<hr/>		<hr/>															
00000000		00000000															
35533411		11433553															
<p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																	



AKDITAL

Clinique Atfal  
مصحة أطفال

Casablanca, le 31/03/2022

M. BENRBIA WALID  
Né le : 26/09/2007  
ATF22C26132632

Boulevard Waled.

$$239,00 \times 10 = 2390,00$$

1- Triatom 2 g. / j.

zentaur 10g  
49,20



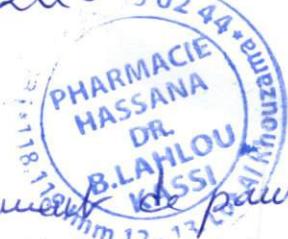
2. Flugyl. 80 mg.

1 cps x 31 j x 60 j  
10,30

3. Deltapine 500 mg.

1 cps x 21 j x 30 j

2650,10



champagne  
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  
Site web : www.cliniqueatfal.ma

**Pr. MERINI MF**  
Angle 56, Boulevard Abderrahim Bouabid  
et Rue Des Ibis N° 20 Oasis - Casablanca  
Tél.: 0522 98 01 31 - GSM: 0661 24 11 00  
NPE: 091112391 - ICE: 002204123000022

12.

LOT: S-06-3  
PER: 04-2024  
PPV: 239,00DH

LOT: S-06-3  
PER: 04-2024  
PPV: 239,00DH

LOT: S-05-3  
PER: 04-2024  
PPV: 239,00DH

LOT: S-06-3  
PER: 04-2024  
PPV: 239,00DH

LOT: S-04-2  
PER: 01-2024  
PPV: 239,00DH

LOT: S-06-3  
PER: 04-2024  
PPV: 239,00DH

LOT: S-06-3  
PER: 04-2024  
PPV: 239,00DH

PPV 10DH3G  
PER 12/24  
LOT K3526



FLAGYL 500 mg  
P PEL B20  
P.P.V 49DH60  
6 118000 060062

# CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le : 04-04-2022

## Facture N° 05974/22

### A. Identification

N° Dossier : ATF22D04175718

N° Identifiant : 018617/22

**Nom & Prénom : M. BENRBIA WALID**

C.I.N :

Adresse : LISSASFA LOT EL QODS 2 VILLA 22

### C. Débiteur

page 1/1

**Organisme : Payant**

### D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 04-04-2022

Date Sortie : 04-04-2022

Médecin traitant : DR . MERINI MOHAMED FOUZI

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>PRESTATIONS</b>						
1	PERFUSION		400,00			400,00
Total Rubrique :						
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						
0,00						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
<b>TOTAL GENERAL</b>						
400,00						

QUATRE CENTS DIRHAMS

Cachet et Signature

# CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le : 31-03-2022

## Facture N° 05639/22

### A. Identification

N° Dossier : ATF22C31131146

N° Identifiant : 018617/22

**Nom & Prénom : M. BENRBIA WALID**

C.I.N :

Adresse : LISSASFA LOT EL QODS 2 VILLA 22

### C. Débiteur

page 1/1

**Organisme : Payant**

### D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 31-03-2022

Date Sortie : 31-03-2022

### Traitemen t:

Médecin traitant : DR . MERINI MOHAMED FOUZI

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>PRESTATIONS</b>						
1	PERFUSION		300,00			300,00
Total Rubrique :						
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
						<b>TOTAL GENERAL</b>
						<b>300,00</b>

TROIS CENTS DIRHAMS

**Cachet et Signature**

# CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le : 01-04-2022

## Facture N° 05720/22

### A. Identification

N° Dossier : ATF22D01150216

N° Identifiant : 018617/22

**Nom & Prénom : M. BENRBIA WALID**

C.I.N :

Adresse : LISSASFA LOT EL QODS 2 VILLA 22

### C. Débiteur

page 1/1

**Organisme : Payant**

### D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 01-04-2022

Date Sortie : 01-04-2022

### Traitements :

Médecin traitant : DR . MERINI MOHAMED FOUZI

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>PRESTATIONS</b>						
1	PERFUSION		300,00			300,00
Total Rubrique :						
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
						<b>TOTAL GENERAL</b>
						300,00

TROIS CENTS DIRHAMS

Cachet et Signature



# CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le : 02-04-2022

## Facture N° 05803/22

### A. Identification

N° Dossier : ATF22D02153122

N° Identifiant : 018617/22

**Nom & Prénom : M. BENRBIA WALID**

C.I.N :

Adresse : LISSASFA LOT EL QODS 2 VILLA 22

### C. Débiteur

page 1/1

**Organisme : Payant**

### D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 02-04-2022

Date Sortie : 02-04-2022

Médecin traitant : DR . MERINI MOHAMED FOUZI

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>PRESTATIONS</b>						
1	PERFUSION		300,00			300,00
Total Rubrique :						
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
						<b>TOTAL GENERAL</b>
						<b>300,00</b>

TROIS CENTS DIRHAMS

Cachet et Signature

# CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le : 03-04-2022

## Facture N° 05875/22

### A. Identification

N° Dossier : ATF22D03132511

N° Identifiant : 018617/22

**Nom & Prénom : M. BENRBIA WALID**

C.I.N :

Adresse : LISSASFA LOT EL QODS 2 VILLA 22

### C. Débiteur

page 1/1

**Organisme : Payant**

### D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 03-04-2022

Date Sortie : 03-04-2022

Médecin traitant : DR . MERINI MOHAMED FOUZI

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>PRESTATIONS</b>						
1	PERFUSION		300,00			300,00
Total Rubrique :						
0,00						
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
						<b>TOTAL GENERAL</b>
						300,00

TROIS CENTS DIRHAMS

Cachet et Signature

# CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le : 05-04-2022

## Facture N° 06013/22

### A. Identification

N° Dossier : ATF22D05165048

N° Identifiant : 018617/22

**Nom & Prénom : M. BENRBIA WALID**

C.I.N :

Adresse : LISSASFA LOT EL QODS 2 VILLA 22

### C. Débiteur

page 1/1

**Organisme : Payant**

### D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 05-04-2022

Date Sortie : 05-04-2022

Médecin traitant : DR . MERINI MOHAMED FOUZI

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>PRESTATIONS</b>						
1	PERFUSION		300,00			300,00
Total Rubrique :						
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						
0,00						

Arrêté la présente facture à la somme de :

<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>300,00</b>
----------------------	---------------

TROIS CENTS DIRHAMS

Cachet et Signature

# CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le : 06-04-2022

## Facture N° 06073/22

### A. Identification

N° Dossier : ATF22D06142813

N° Identifiant : 018617/22

**Nom & Prénom : M. BENRBIA WALID**

C.I.N :

Adresse : LISSASFA LOT EL QODS 2 VILLA 22

### C. Débiteur

page 1/1

**Organisme : Payant**

### D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 06-04-2022

Date Sortie : 06-04-2022

Médecin traitant : DR . MERINI MOHAMED FOUZI

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>PRESTATIONS</b>						
1	PERFUSION		300,00			300,00
Total Rubrique :						
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						
0,00						

Arrêté la présente facture à la somme de :

**TOTAL GENERAL** 300,00

TROIS CENTS DIRHAMS

Cachet et Signature