

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-649928

173061

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7944 Société : .....

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : BEN RBIA AHMED

Date de naissance : 26/09/2007

Adresse : RUE 3 VILLA 22 ALA MOON - CASABLANCA

Tél. : 0661696683 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin **Dr. 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

INF. : 091112391 ICE : 00220412300022

Date de consultation : 31/03/2022

Nom et prénom du malade : BEN RBIA WALID Age : .....

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Appendicite 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 Le : 18/04/2022

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
31/03/2022	C3	1		Pr. MERHAMME BOUABDI 0911:2391 ICE:002204123000022 0911:2391 ICE:002204123000022

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HASOUNA DR. BLAHLLOU KASSI	31/3/22	2050.10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

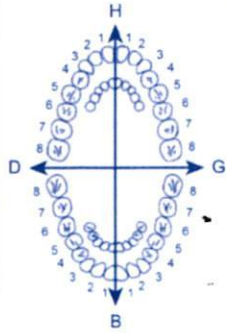
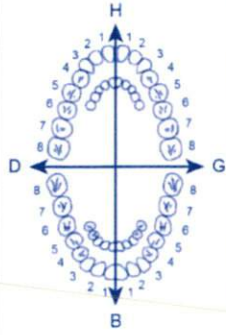
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	31/03/2022					300 DH
	01/04/2022					300 DH
	02/04/2022					300 DH
	03/04/2022					300 DH
	04/04/2022					300 DH
	05/04/2022					300 DH

# 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	INP : <input type="text"/>																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																					
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
	<table> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td></td></tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AKDITAL

Clinique Atfal  
مصلحة أطفال

Casablanca, le 31/03/2022

Benrabia Walid.

M. BENRABIA WALID  
Ne le : 26/09/2007

ATF22C26132632

239,00 x 10 = 2390,00

1- Triaxon 2g. 1j.

remboursement 10j

49,80

2- Flagyl. 500mg.

14j x 31j x 10j

10,30

3- Doliprane 500mg.

14j x 21j x 3j

2650,10

PHARMACIE  
HASSANA  
DR.  
B. LAHLOU  
KASSI

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  
TPE: 091112391 - ICE: 002204123000022

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



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 10DH30  
PER 12/24  
LOT K3526



LAGYL 500 mg  
P PEL B20  
PPV 49DH00



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
PRESTATIONS						
1	PERFUSION		400,00			400,00
Total Rubrique :						400,00
PARTIE CLINIQUE :						400,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL 400,00

QUATRE CENTS DIRHAMS

Cachet et Signature

*[Signature and Stamp]*

# 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

Médecin traitant : DR . MERINI MOHAMED FOUZI

Traitement :

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

TROIS CENTS DIRHAMS

Cachet et Signature

*[Handwritten signature and blue circular stamp]*

# 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

Médecin traitant : DR . MERINI MOHAMED FOUZI

Traitement :

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

TROIS CENTS DIRHAMS

Cachet et Signature

*[Signature]*





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
PRESTATIONS						
1	PERFUSION		300,00			300,00
Total Rubrique :						300,00
PARTIE CLINIQUE :						0,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
TOTAL GENERAL						300,00

Arrêté la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Cachet et Signature

054006-2348-2  
E-mail : atfalclinique@gmail.com -- Site web : cliniqueatfal.ma --  
AF CNSS : 6354865. IF : 01087089. ICE : 001685121000068. RC : 439509  
RIB : BANQUE SG OASIS CASA SGMB MAMC 022780000156000500667474 Patente : 34751594

# 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
PRESTATIONS						
1	PERFUSION		300,00			300,00
Total Rubrique :						300,00
PARTIE CLINIQUE :						300,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL 300,00

TROIS CENTS DIRHAMS

Cachet et Signature

090003690  
page 1/1  
05-04-2022

# 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
PRESTATIONS						
1	PERFUSION		300,00			300,00
Total Rubrique :						300,00
PARTIE CLINIQUE :						300,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :			TOTAL GENERAL		300,00	

TROIS CENTS DIRHAMS

Cachet et Signature