

## 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7014 Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HALIMI NOUREDDINE

Date de naissance : 06-04-1963

Adresse : BOUESKOURA GOLF CITY VILLA 256

Tél. : 0663717000 Total des frais engagés : 6113,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/02/2023

Nom et prénom du malade : HALIMI JAD

Age: 6ans

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : EDAT



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 : 02/03/2023

Signature de l'adhérent(e) : Halimi Jad



### 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
Chirurgie	CLS	300,00		P. LARAIN Professeur Anesthésiste - Réanimateur SOINS DE SANTÉ CLINIQUE

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LA PHARMACIE GOLF CITY Centre commercial Bouleau Golf City RDC N° 9 - Bouleau - Casablanca Tél: 0522 59 07 09	06/02/2023	113,80

### ANALYSES - RADIographies

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
		AM	PC	IM	IV	

Le praticien atteste que l'acte a été exécuté conformément à la prescription et dans les limites de ses connaissances et de ses capacités.

Importante : Veuillez lire attentivement les consignes d'utilisation et de stockage.

SOINS DE SANTÉ CLINIQUE

Montant des soins

DÉBUT D'EXÉCUTION

FIN D'EXÉCUTION

Coefficient des travaux

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXÉCUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

PEDIAKID NEZ-GORGE  
PVC : 98,00 DHIS  
Complément alimentaire ce n'est pas un médicament  
N°DA0161502265DMP/20UCA/MAV2  
RIMAPHARMA, 165, bd Abdelloumen, Casablanca

Doliprane 500 mg  
PARACETAMOL  
le comprimés effervescents  
Conservez le tube bien fermé à l'abri de la chaleur  
NE LASSEZ NI A LA PORTEE NI A LA VUE DES ENFANTS.  
AMM N°746/15 DMP/21/NR.

16 درهما فوار  
دوهی مصطفی مول

PPV 150 H 80  
LOT 109/29/80

O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



AKDITAL

Clinique Atfal  
مصحة أطفال

Casablanca, le 06/02/2023

HACIN JAD

\_\_\_\_\_

15,80

~~1 Dose 500 mg Crema~~

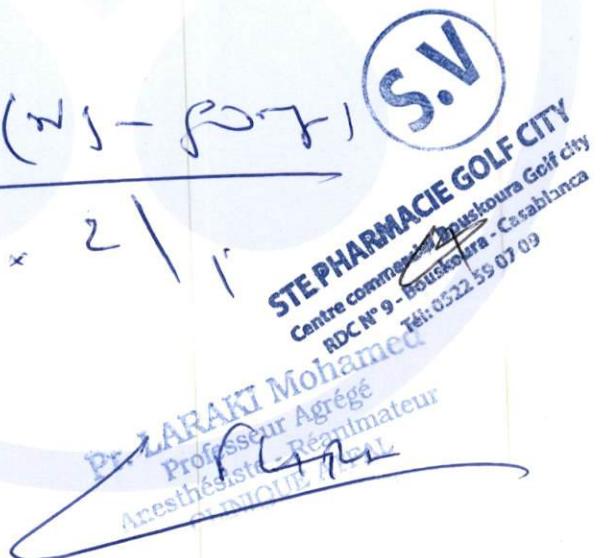
14 x 3 h  T > 78<sup>25.</sup>

98,00

~~1 Penicil (n) - 507~~

~~1 ccc x 21~~

113,80

  
STE PHARMACIE GOLF CITY  
Centre commercial Bouskoura Golf city  
RDC N° 9 - Bouskoura - Casablanca  
Tél: 0522 59 07 09

Pr ZARAKI Mohamed  
Professeur Agrégé  
Anesthésiste - Réanimateur  
CHU CASABLANCA

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

# CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le : 06-02-2023

## Facture N° 02089/23

### A. Identification

N° Dossier : ATF23B06101038

N° Identifiant : 007007/21

**Nom & Prénom :** Enf. HALIMI JAD

C.I.N :

Adresse : CASA

### C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

### D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 06-02-2023

Date Sortie : 06-02-2023

Médecin traitant : DR . LARAKI HOUSSAINI MOHAMMED

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>PRESTATIONS</b>						
1	CONSULTATION		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

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

signature de l'assuré

CLINIQUE PEDIATRIQUE  
ATFAL  
50, Bd. Abderrahim Bouabid  
OASIS - Casablanca  
Tél : 0522 23 18 18 - INPE : 090003690