

## 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 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.mupras.com



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-675853

103486

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10370 Société :  
☒ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : NAOUAL AKAABOUNE  
 Date de naissance : 12 / 04 / 75  
 Adresse : 40 Bd de BORDEAUX, CASA  
 Tél : 0661136540 Total des frais engagés : 1434,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

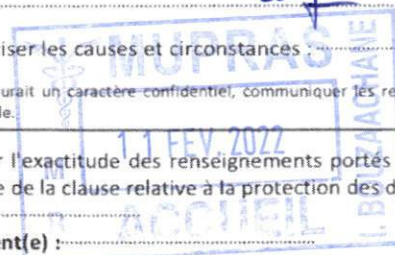
Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : CHAFEI ZAYN MAUK Age : 4 ans  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie :  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Le :  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019





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 Rattachement des Actes
24/12/21	9	3		INP : Dr. Abderrahim Bouabid

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/12/21	53400

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

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
	AM	PC	IM	IV	
25/12/21		VF			200 DH
26/12/21		VF			100 DH
27/12/21		VF			100 DH
28/12/21		VF			100 DH
29/12/21		VF			100 DH

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

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

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.





AKDITAL

Clinique Atfal  
مصحة أطفال

Casablanca, le

24/12/2021

LOT: S-04-1  
PER: 01-2024  
PPV: 106,80DH

Enf. CHAFEI ZAYN MAL  
Né le : 20/07/2017  
ATF21L20140720

LOT: S-01-3  
PER: 01-2024  
PPV: 106,80DH

LOT: S-01-3  
PER: 01-2024  
PPV: 106,80DH

LOT: S-11-1  
PER: 03-2024  
PPV: 106,80DH

LOT: S-02-2  
PER: 01-2024  
PPV: 106,80DH

Triaxon 1g  
106,80 x 5  
Injecter 600mg en 2/2  
T= 134,00

de 25/12/2021

de 26/12/2021

de 27/12/2021

de 28/12/2021

de 29/12/2021



50, Bd. Abderrahim Bouabid, Oasis, Casablanca

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

E-mail : atfalclinique@gmail.com

Site web : www.cliniqueatfal.ma

CLINIQUE PÉDIATRIQUE  
ATFAL

50, Bd. Abderrahim Bouabid

OASIS - Casablanca

Tél : 0522 23 18 18 - INPE : 090003690





CASABLANCA Le : 29-12-2021

**Facture N° 18730/21**

**A. Identification**  
N° Dossier : ATF21L29145858  
**Nom & Prénom : Enf. CHAFEI ZAYN MALIK**  
C.I.N :  
Adresse : N40 BD BORDEAUX ETG 6

**C. Débiteur**  
**Organisme : Payant**  
**D. Période d'Hospitalisation**  
Date Entrée : 29-12-2021  
Date Sortie : 29-12-2021

Médecin traitant : DR. ZAKIR ABDELHAK

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>PRESTATIONS</b>						
1	INJECTION		100,00			100,00
Total Rubrique :						100,00
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						100,00
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						<b>TOTAL GENERAL 100,00</b>

CENT DIRHAMS

Cachet et Signature

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



# CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le : 28-12-2021

Facture N° 18644/21

## A. Identification

N° Dossier : ATF21L28134708

N° Identifiant : 014391/21

Nom & Prénom : Enf. CHAFEI ZAYN MALIK

C.I.N :

Adresse : N40 BD BORDEAUX ETG 6

## C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

## D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 28-12-2021

Date Sortie : 28-12-2021

Médecin traitant : DR . ZAKIR ABDELHAK

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>PRESTATIONS</b>						
1	INJECTION		100,00			100,00
Total Rubrique :						100,00
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						100,00
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :			<b>TOTAL GENERAL</b>		100,00	

CENT DIRHAMS

Cachet et Signature

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



# CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le : 27-12-2021

Facture N° 18575/21

## A. Identification

N° Dossier : ATF21L27142835

N° Identifiant : 014391/21

Nom & Prénom : Enf. CHAFEI ZAYN MALIK

C.I.N :

Adresse : N40 BD BORDEAUX ETG 6

## C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

## D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 27-12-2021

Date Sortie : 27-12-2021

Médecin traitant : DR. ZAKIR ABDELHAK

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	INJECTION		100,00			100,00
Total Rubrique :						100,00
PARTIE CLINIQUE :						100,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL 100,00

CENT DIRHAMS

Cachet et Signature  
**CLINIQUE PÉDIATRIQUE  
ATFAL**  
50, Bd. Abderrahim Bouabid  
OASIS - Casablanca  
Tél: 0522 23 18 18 - INPE: 090003690



# CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le : 26-12-2021

Facture N° 18436/21

## A. Identification

N° Dossier : ATF21L26131025

N° Identifiant : 014391/21

Nom & Prénom : Enf. CHAFEI ZAYN MALIK

C.I.N :

Adresse : N40 BD BORDEAUX ETG 6

## C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

## D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 26-12-2021

Date Sortie : 26-12-2021

Médecin traitant : DR. ZAKIR ABDELHAK

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	INJECTION		100,00			100,00
Total Rubrique :						100,00
PARTIE CLINIQUE :						100,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :			TOTAL GENERAL		100,00	

CENT DIRHAMS

Cachet et Signature

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



# CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le : 25-12-2021

Facture N° 18301/21

## A. Identification

N° Dossier : ATF21L25115151

N° Identifiant : 014391/21

Nom & Prénom : Enf. CHAFEI ZAYN MALIK

C.I.N :

Adresse : N40 BD BORDEAUX ETG 6

## C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

## D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 25-12-2021

Date Sortie : 25-12-2021

Médecin traitant : DR . ZAKIR ABDELHAK

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	INJECTION		200,00			200,00
Total Rubrique :						200,00
PARTIE CLINIQUE :						200,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :			TOTAL GENERAL		200,00	

DEUX CENTS DIRHAMS

Cachet et Signature

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



# CLINIQUE ATFAL

PATIENT : Enf.  
CHAFEI ZAYN MALIK

N° DOS :  
ATF21L29145858  
Sejour : Du 29/12/202  
au 29/12/2021  
MT : Dr. ZAKIR  
ABDELHAK



Reçu N°: 19580

Paiement du 29/12/2021 15h09

Actes

Montant

100,00 Dh

Type de paiement

ESPECE

Imprimé par : TAKLANTI YOUNES Le 29/12/2021 15h



# CLINIQUE ATFAL

PATIENT : Enf.  
CHAFEI ZAYN MALIK

N° DOS :  
ATF21L25115151  
Sejour : Du 25/12/202  
au 25/12/2021  
MT : Dr. ZAKIR  
ABDELHAK



Reçu N°: 19164

Paiement du 25/12/2021 12h18

Actes

Montant

200,00 Dh

Type de paiement

ESPECE

Imprimé par : TAKLANTI YOUNES Le 25/12/2021 12h



# CLINIQUE ATFAL

PATIENT : Enf.  
CHAFEI ZAYN MALIK

N° DOS :  
ATF21L26131025  
Sejour : Du 26/12/202  
au 26/12/2021  
MT : Dr. ZAKIR  
ABDELHAK



Reçu N°: 19272

Paiement du 26/12/2021 13h18

Actes

Montant

100,00 Dh

Type de paiement

ESPECE

Imprimé par : WADI ZINEB Le 26/12/2021 13h



# CLINIQUE ATFAL

PATIENT : Enf.  
CHAFEI ZAYN MALIK

N° DOS :  
ATF21L27142835  
Sejour : Du 27/12/202  
au 27/12/2021  
MT : Dr. ZAKIR  
ABDELHAK



Reçu N°. 19398

Paiement du 27/12/2021 14h29

Actes

Montant

100,00 Dh

Type de paiement

ESPECE

Imprimé par : TAKLANTI YOUNES Le 27/12/2021 14h



# CLINIQUE ATFAL

PATIENT : Enf.  
CHAFEI ZAYN MALIK

N° DOS :  
ATF21L28134708  
Séjour : Du 28/12/202  
au 28/12/2021  
MT : Dr. ZAKIR  
ABDELHAK



Reçu N°: 19479

Paiement du 28/12/2021 13h50

Actes

Montant

100,00 Dh

Type de paiement

ESPECE

Imprimé par : WADI ZINEB Le 28/12/2021 13h