

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.



Déclaration de Maladie

M22- 0029485

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10370 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

NAOUAL

AK AABOUNE

Date de naissance :

12-04-1975

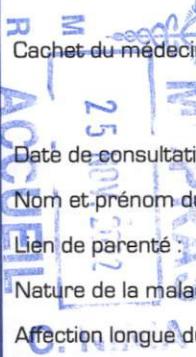
Adresse :

40. Bd de Bordeaux CASA

Tél. : 0661136540

Total des frais engagés : 1454,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin



~~Pr. SADRAOUI Abdelaziz
Anesthésiste Réanimateur
Professeur Agrégé
CLINIQUE ATFAI~~

Date de consultation :

04/11/2022

Nom et prénom du malade :

Citarei ZAYN Malik Age : 5ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

adenophlegmon cervicofaciale

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

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) :

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhession@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.

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
04/11/22	CS		Géné	CHU de Lille Dr. Kianina Agnogé ATEAL

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
MARCHE DES JARDINS DE L'OCEAN BAY Sarl Au Route d'Agadir Km 15 Dar Bouazza Casablanca Tel : 05 22 29 08 29 05 22 29 08 29 T.P. : 32960413	06/11/2022	754,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Tél : 05 22 29 08 20
399369 - T.P. : 32960411

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	05.11.22	injection	x			100,-
	06.11.22	injection	x			100,-
	07.11.22	injection	x			100,-
	08.11.22	injection	x			100,-
	09.11.22	injection	x			100,-
	10.11.22	injection	x			100,-
	11.11.22	injection	x			100,-

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AKDITAL

Clinique Atfal
مصحة أطفال

LOT: S-14-1
PER: 05-2024
PPV: 106,80DH

dy. 11. 2022
Casablanca, le.....

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



ATF22J31134640

106,80 x 6 → 640,80
57,00 x 2 → 114,00

TRIAXON

1g
1 inject

LOT: R-08-4
PER: 06-2023
PPV: 57,00DH

LOT: S-14-1
PER: 05-2024
PPV: 106,80DH

LOT: S-14-1
PER: 05-2024
PPV: 106,80DH

LOT: S-14-1
PER: 05-2024
PPV: 106,80DH

PHARMACE LES JARDINS
DE L'OCEAN
Route de l'Ourir Km 15
Dar Bouazza 22 29 08 29
Tel: 05 22 29 08 29
RC: 399369

18, 0522 23 18 18 - N°P: 11409886
SO, Bd. Abderrahim Bouabid
CLINIQUE ATFAL
CLINIQUE ATFAL

Pr. SADRACUI Abdelaziz
Urgence-Réanimation Pédiatrique
CLINIQUE ATFAL
CASABLANCA

LOT: S-19-1
PER: 11-2024
PPV: 106,80DH

A remettre les 12e

50, Bd. Abderrahim Bouabid, Oasis, Casablanca

Tél. : 05 22 23 18 18 (8LG) / 05 22 23 50 73 - Fax : 0522 2

E-mail : atfalclinique@gmail.com

Site web : www.cliniqueatfal.ma

LOT: S-19-1
PER: 11-2024
PPV: 106,80DH

LOT: R-02-7
PER: 06-2023
PPV: 57,00DH

- devis définitif.
- Compte rendu hospitalisé
- Compte rendu des examens.
 - Demande deux fois.
- pour 4 jours.

CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le : 05-11-2022

Facture N° 21196/22

A. Identification

N° Dossier : ATF22K05122455 N° Identifiant : 014391/21

Nom & Prénom : Enf. CHAFEI ZAYN MALIK

C.I.N :

Adresse : N40 BD BORDEAUX ETG 6

Médecin traitant : DR . SADRAOUI ABDELAZIZ

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 05-11-2022

Date Sortie : 05-11-2022

Traitements :

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

CENT DIRHAMS

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

signature de l'assuré

CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le : 06-11-2022

Facture N° 21197/22**A. Identification**

N° Dossier : ATF22K06140337 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

ICE : Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 06-11-2022

Date Sortie : 06-11-2022

Traitement :

Médecin traitant : DR . SADRAOUI ABDELAZIZ

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

CENT 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

CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le : 07-11-2022

Facture N° 21198/22

A. Identification

N° Dossier : ATF22K07142539 N° Identifiant : 014391/21

Nom & Prénom : Enf. CHAFEI ZAYN MALIK

GIN

Adresse : N40 BD BORDEAUX ETG 6

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : **Adresse :**

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 07-11-2022

Date Sortie : 07-11-2022

Traitements :

Médecin traitant : DR . SADRAOUI ABDELAZIZ

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

CENT DIRHAMS

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

signature de l'assuré

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

CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le : 08-11-2022

Facture N° 21199/22**A. Identification**

N° Dossier : ATF22K08151432 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

ICE : Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 08-11-2022

Date Sortie : 08-11-2022

Médecin traitant : DR . SADRAOUI ABDELAZIZ

Traitement :

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

signature de l'assuré

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

CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le : 09-11-2022

Facture N° 21200/22

A. Identification

N° Dossier : ATF22K09143215 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

ICE : Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 09-11-2022

Date Sortie : 09-11-2022

Traitements :

Médecin traitant : DR . SADRAOUI ABDELAZIZ

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	INJECTION		100,00			100,00
Total Rubrique :						
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

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

signature de l'assuré

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



090003690

CASABLANCA Le : 10-11-2022

Facture N° 21201/22

A. Identification

N° Dossier : ATF22K10142108

N° Identifiant : 014391/21

Nom & Prénom : Enf. CHAFEI ZAYN MALIK

C.I.N : ICE : Adresse :

Adresse : N40 BD BORDEAUX ETG 6

Médecin traitant : DR . SADRAOUI ABDELAZIZ

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 10-11-2022

Date Sortie : 10-11-2022

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	INJECTION		100,00			100,00
Total Rubrique :						
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

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

signature de l'assuré

CLINIQUE PÉDIATRIQUE
50, Bd. Abderrahim Bouabid
OASIS - Casablanca
Tél. 0522231818 INPE: 090003690

CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le : 11-11-2022

Facture N° 21202/22

A. Identification

N° Dossier : ATF22K11120003 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

ICE : Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 11-11-2022

Date Sortie : 11-11-2022

Traitemet :

Médecin traitant : DR . SADRAOUI ABDELAZIZ

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

CENT DIRHAMS

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

signature de l'assuré

CLINIQUE PEDIATRIQUE
ATFAL
deirahim Bouabid
50, Bd de la Kasbah, Casablanca
Tél: 05 22 23 18 18 / 05 22 23 50 73 - INDE: 090003690