

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-777227

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13131 Société : RAM 141015

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

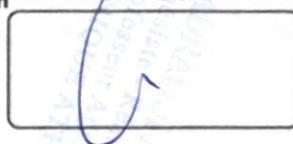
Nom & Prénom : Soukaina Ezzenfi

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 66 17 8750 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Ain'i Ziyad Mohammed Age:

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

Nature de la maladie : Fièvre

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

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

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MARYAM LOUIZIA SARDAN FB 68 Lot. Ben Yakhlef Centre Mohammedia (M) ICE : 002947716000071	20/12/22	46,40
	INPE 092078302	

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

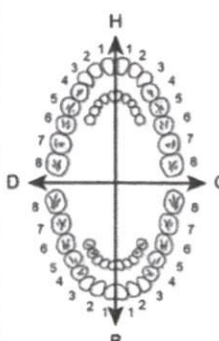
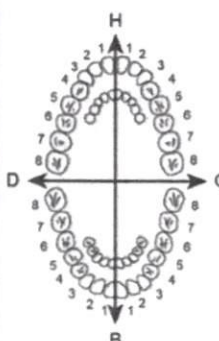
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AKDITAL

Clinique Atfal

مصحة أطفال

Casablanca, le...

20/12/2022

AINI ZIYAD Mohamed

28.90

① Amoxil sup 250mg

1 dose 3/5 + 6j

17.50

② Doliprè diatrique sup

1 dose 14/5 + 4/5
sucres de faire + 3j

③ Neurodol sup

1 dose 14/5 + 3/5

à alterner avec doliprè diatrique

PHARMACIE MARYAM LOUIZIA

SARL AU

FB 68 Lot. Ben Yakhlef Centre

Mohammedia (M)


50, Bd. Abderrahim Bouabid, 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

Urgence-Reanimation
CLINIQUE ATFAL
CASABLANCA
Tél : 0522 23 18 18

AMOXIL 250 mg/5 ml 
poudre suspension buvable, 60ml



6 118000 160106

Doli[®] PEDIATRIQUE 
PARACETAMOL 3%
SOLUTÉ BUvable 90 ml



6 118000 040965

Boli®

PEDIATRIQUE

PARACETAMOL

17,50

PPV 17DH50
PER 06/24
LOT K1770

A

.....
prendre
repas, pe.



مقياس ملعقة.... أيام بغض النظر عن اتخاذ بين أو مساء أو بعد وجبات
الطعام لمدة.... أيام

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

بوصفة طبية فقط
احترام الجرعات الموصوفة

PPV: 28,90 DH
LOT: 648464
PER: 10/2024

Composition :

Amoxicilline (sous forme trihydratée) 250mg
pour une cuillère-mesure de sirop reconstitué soit 5ml.

اموكسيسيلين 250ملغ مقياس ملعقة شراب معاد تشكيل أي مايعادل 5 ملل

Ce médicament contient de l'aspartam et des sels de sodium.
Après addition d'eau non gazeuse jusqu'au trait circulaire,
on obtient 60ml de sirop reconstitué soit 12 cuillères-mesures
de 5ml.

يحتوي هذا الدواء على الأسبرتام و أملاح الصوديوم. بعد إضافة الماء غير الغازي
إلى حدود الخط الدائري، نحصل على 60 ملل من الشراب أي مايعادل 12 ملعقة
من فئة 5 ملل

CLINIQUE ATFAL

PATIENT : bébé AINI
ZIYAD

N° DOS :
ATF22L20082438
Sejour : Du 20/12/2022
au 20/12/2022
MT : Dr. SADRAOUI
ABDELAZIZ



Reçu N°: 46636

Paiement du 20/12/2022 08h54

Actes

Montant

300,00 Dh

Type de paiement

ESPECE

Imprimé par : TAKLANTI YOUNES Le 20/12/2022 08h