

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-777227

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 13131		
Société : RAM 244025		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : Soukaina Elzenfari		
Date de naissance :		
Adresse :		
Tél. : 06 66 17 87 50 Total des frais engagés : _____ Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	21/01/2019
Nom et prénom du malade :	Ali Ziyad Mohammed
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Fievre
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) : 

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
20112122	(CS)		329.00	INP : 101112122630
				CHIRURGIE - Réanimation
				MÉDICALISATION

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MARYAM LOUIZA SARDAU FB 68 Lot. Ben Yakk Centre Mohammedia (M) ICE : 002947716000071	20/12/22	4.6, 40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	



AKDITAL

Clinique Atfal
مصحة أطفال

Casablanca, le

20/12/2012

AINI ZIYAD Nohamed

28.90

① Amoxil zip 250mg
en 2x35 + 62

17.50

② Doliprène dratique zip

1st dose 14kg + 4g
en cas de fièvre + 30

③ Nurofen zip

dose 14kg + 3/

à alfeure avec doliprène

PHARMACIE MARYAM LOUIZA

SARL AU

FB 68 Lot. Ben Yakklef Centre

Mohammédia (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-REMBOURSEMENT
CLINIQUE ATFAL
Casablanca
Tél : 0522 23 18 18

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



6 118000 160106

Doli® PEDIATRIQUE ○
PARACETAMOL 3%
SOLUTE BUVABLE 90 ml



6 118000 040965

Doli® PEDIATRIQUE

PARACETAMOL

17,90

PPV 17DH50
PER 06/24
LOT K1770

A

prendre
repas, p.e.



مقياس ملعقة... أيام بغض النظر عن الانحدار بين وجبة 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.

اموكسيسلين 250 ملغم مقياس ملعقة شراب معاد تشكيل اي ملليلتر 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 الأسيتامول وأملاح الصوديوم. بعد إضافة الماء غير الغازي
إلى حدود الخط الدائري، نحصل على 60 مل من الشراب أي ما يعادل 12 ملعقة
من قنة 5 مل

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