

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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

## 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12748

Société : RAN 149779

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Moncef ASSI Rachid

Date de naissance : 06/01/185

Adresse : 100 Rue des Anciens Combattants

LAZARÉT QUEDA

Tél. : 0667662001

Total des frais engagés : 100 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 accepter la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

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
13/11/22	U1 +F.C		350,-	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE GARE	13/11/2018	122,00

## **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
		A M	P C	I M	I V	
	13.11.2020			Nebulisation		300,00

## 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 canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux
	25533412	21433552	00000000	
	00000000	00000000	00000000	
D	35533411	11433553	B	
G				
				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

# AJIAL أجيال



مصحة الطفل والرضيع  
CLINIQUE PEDIATRIQUE

SPHARMACIE GARE GASSIS  
152 Bi-route de l'Oasis  
Casablanca - 0522 99 02 84

Casablanca, le : 13/11/2022

Moumnash Adr  
140.60 x 2 =

1. Cholestérin (2) 1. + 8  
35.00 10.00 (4) + 3 1. + 8  
3.00 1. + 8

4. Cholestérin 2 1. + 8  
- Cholestérin lemt 1. + 8

24.00 0.17 1. + 8  
- Wens 1. + 8

21.90 11.00 1. + 8  
- Butyryl 1. + 8

11.00 x 2 = 1. + 8  
- 1. + 8



347, Boulevard Panoramique, Casablanca - Maroc  
Tél. : +212 522 87 81 81 / +212 522 21 00 21 / Fax : +212 522 87 25 00  
direction@clinique-ajial.ma / www.clinique-ajial.ma

**Butovent® 0,04%**

Salbutamol

21,90

PPV:24DH50

PER:03/22

LOT: J532

1 can  
6 son

# AJIAL أجيال



مصحة الطفل و الرضيع  
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le :

13/11/22

Moumnaoui Aicha

- veblinti vertli 0,6L  
+ ferul



347, Boulevard Panoramique, Casablanca - Maroc  
Tél. : +212 522 87 81 81 / +212 522 21 00 21 / Fax : +212 522 87 2 00  
direction@clinique-ajial.ma / [www.clinique-ajial.ma](http://www.clinique-ajial.ma)

# Clinique Pédiatrique Ajial

		Casai		nca Le : 13/11/2020	
				NAJWA ACCEUIL Page 1/1	
<b>Identification</b>		<b>Pré-Facture N° 65312</b>		Etablie p	
N° Dossier : X0K1313992		MUPRAS		N° Identificat	
				ion : 191010667/19	
<b>Nom &amp; Prénom : MOUMNASSI ADAM</b>					
C.I.N. : M365874		Date Début : 13/11/2020		Date Fin : 13/11/2020	
Adresse : CASA					
Traitement : Consultation		Médecin : KHALIL AZZEDINE			
<b>Prestations</b>		<b>Qté</b>	<b>Prix U.</b>	<b>J.C.</b>	<b>Coef</b>
<b>MEDICAL</b>					
Frais clinique		1	100,00		
Nebulisation		1	300,00		
			<b>Total Rubrique :</b>	400,00	
				400,00	
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>					
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>					
Dr. KHALIL AZZEDINE (PEDIATRE)		1	250,00		
			<b>Total Rubrique :</b>	250,00	
				250,00	
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:</b>					
			<b>TOTAL FACTURE</b>	650,00	

Arrêtée la présente Pré-Facture à la somme de :

Six cent cinquante Dirhams



CLAVULIN  
100mg/12,50mg/1ml  
poudre suspension buvable, 60ml



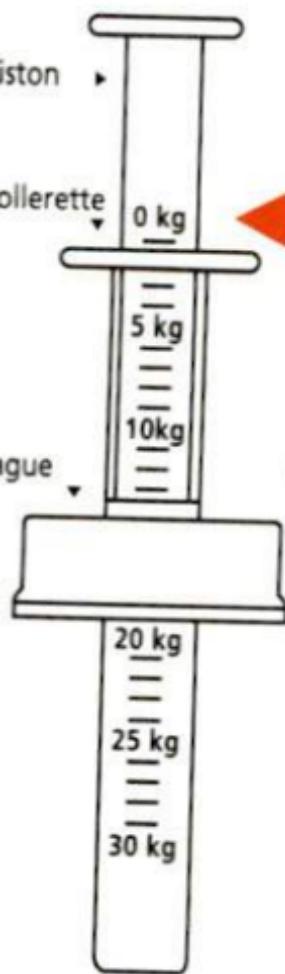
6 118000 160526

CLAVULIN  
100mg/12,50mg/1ml  
poudre suspension buvable, 60ml



6 118000 160526

## ENFANT



Après addition d'eau jusqu'au niveau circulaire  
on obtient 60ml de suspension reconstituée  
soit 224 doses-graduation (1 dose = 1 kg).

1 dose-graduation n° ....

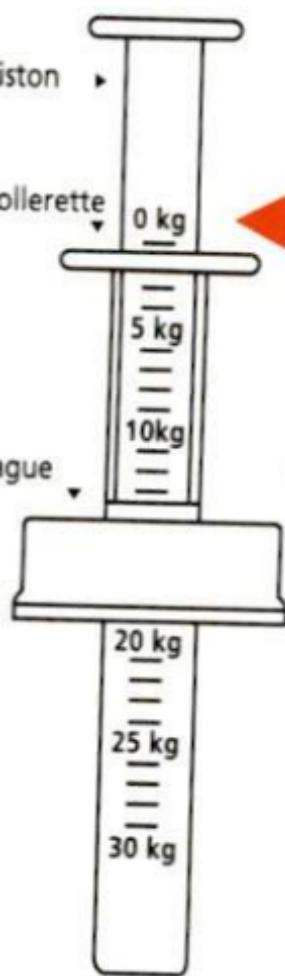
3 fois/jour, à prendre de préférence  
au début des repas, pendant .....  
jours.

جرعة رقم .... 3 مرات في اليوم، من الأفضل قبل الأكل، مدة .... يوم

PPV : 70,60 DH  
LOT : 644181  
PER : 10/2021

**Liste I. Uniquement sur ordonnance**  
**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

## ENFANT



Après addition d'eau jusqu'au niveau circulaire  
on obtient 60ml de suspension reconstituée  
soit 224 doses-graduation (1 dose = 1 kg).

1 dose-graduation n° ....

3 fois/jour, à prendre de préférence  
au début des repas, pendant .....  
jours.

جرعة رقم .... 3 مرات في اليوم، من الأفضل قبل الأكل، مدة .... يوم

PPV : 70,60 DH  
LOT : 644181  
PER : 10/2021

**Liste I. Uniquement sur ordonnance**  
**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

20 comprimés  
effervescents  
sécables

20 mg

(métasulfobenzoate sodique)

prednisolone

Cotipred®

كوتبرد®

برديزلون

(ميتاسلفوبينزوات صوديك)

20 ملغ

20 قرصا فوار  
قابل للكسر



#### Formule :

Prednisolone ..... 20 mg (sous forme de métasulfobenzoate sodique)

Excipients ..... q.s.p. 1 comprimé effervescent sécable

Ce conditionnement contient au total quatre cents milligrammes de prednisolone (sous forme de métasulfobenzoate sodique)

Posologie, mode d'emploi, indications, contre indications, excipients à effet notoire : voir notice

PPV : 48DH50

PER : 04-23

LOT : J1305

b

bottu s.a.  
82, Allée des Casuarinas - Ain Sébaâ - Casablanca  
S.Bachouchi - Pharmacien Responsable

RESPECTEZ LES DOSES PRÉSCRITES

AMM N° 306 DMP/21/NCdP

**Cotipred® 20 mg**  
prednisolone

20 comprimés effervescents sécables



6 118000 041016