

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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LGI) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-630334

24/01/2021 CP

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12.986	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : Ait kech kech hicham	
Nom & Prénom : Ait kech kech hicham		Date de naissance : 25/08/1985	
Adresse : 0669103961			
Tél. : 0669103961	Total des frais engagés : 520 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 06/08/2020			
Nom et prénom du malade : AIT KECHKECH ZYAD	Age : 34		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : Gastro-entérite			
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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W21-630334
Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule : 12.986	
Nom de l'adhérent(e) : Ait kech kech hicham	
Total des frais engagés : 520	
Date de dépôt : 06/08/2021	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
06/06/2021	act FC.		3500	INP : 031113174843 BD Panoramique Nafit

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>KHL</i>	<i>6/6/2081</i>	<i>140,50</i>

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []										
					COEFFICIENT DES TRAVAUX []										
					MONTANTS DES SOINS []										
					DEBUT D'EXECUTION []										
					FIN D'EXECUTION []										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX []										
		<p>H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2">D ————— G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> <p>B</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	D ————— G		00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS []
25533412	21433552														
00000000	00000000														
D ————— G															
00000000	00000000														
35533411	11433553														
		<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS []										
					DATE DE L'EXECUTION []										

AJIAL أجيال



مصحة الطفل والرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le : 06/06/2024

Ent. AIT KECHKECH 2y-ad

1) vaginale 5mg →
11.30



α 2ij

20 min
at np.
g.

6000

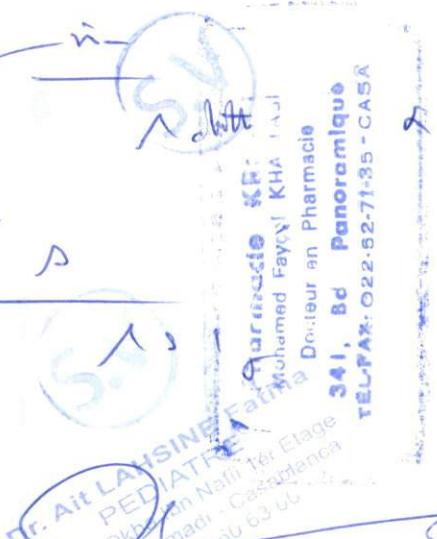
2) Enteral n-



99,0

3) drodele α

110.30



g.

kg

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

of 5 ml



Posologie: Adults: 2-3 flacons par jour.

Enfants: 1-2 flacons par jour.

Nourrissons: 1-2 flacons par jour.

Prendre le contenu du flacon tel quel ou le diluer dans de l'eau ou une autre boisson.

Afin d'éviter toute altération du médicament, il doit être pris aussi rapidement que possible après ouverture du flacon.

Posology: Adults: 2-3 vials per day.

Children: 1-2 vials per day.

Infants: 1-2 vials per day.

Take the contents as it is or dilute it in water or any other beverage.

Once open, take the medicine within a short period of time in order to avoid the alteration of medicine.

Sanofi S.p.A.

Viale Luigi Bodio, 37/b
20158 Milan - ITALIE / ITALY

Fabricant / Manufacturer / المصنّع

Sanofi S.p.A.
Viale Europa, 11
21040 Origgio (Va) - ITALIE / ITALY

Ne pas injecter
Do not inject
يجب عدم الحقن



Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1,
Aïn sebaâ Casablanca

Enterofermina, susp b 10 fl
P.P.V : 60,00 DH



3 582910 075455

Conserver dans un endroit frais et sec, loin de la lumière
directe du soleil. Ne nécessite pas de réfrigération.

ans gluten.

Maintenir le produit hors de la portée des enfants.

Complément alimentaire n'est pas un médicament
PXN est une marque déposée de Probiotics International Limited (Proteuxin)

Tous droits réservés

PRODEFEN
Complément alimentaire



Lot : 116535
Date de Fab : 06.2020
Date de Pér : 06.2022
PPC : 99 Dhs

دواء فالج

ميطوبيمازين

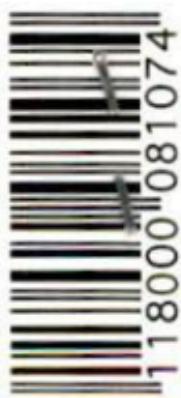
٥
ملبغ

عن طريق الفم

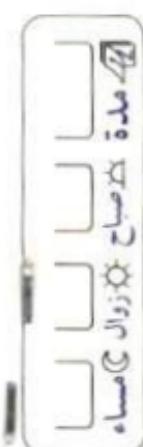
VOGALENE® 5 mg

10 Suppositoires

تحاميل
10 x



6 118000081074



LOT : 210276
PER : 02-2024
PPV : 11,30DH

756.174.05.18

COOPER PHARMA