

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 canalaire, 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 canalaire.

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 Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9908 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : MESSEOUDI ADIL

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661443357 Total des frais engagés : 450 + 73 + 98 DHAS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : douleur abdominale récurrente

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

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
23/01/23	CS	450 TA	(chirurgie)	INP : 001ABCDH

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
AMRANI M'hamed Pharmacie SAAD 44 bis Bd Hassan II, Jemâa el fna Marrakech Casablanca Tél: 05 22 25 34 85 - INP: 092051283	26/01/23	810,90

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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.

<p style="text-align: center;">O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p style="text-align: center;">VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>	H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B		
H	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
D	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
B																
<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DEBUT D'EXECUTION</p> <p>FIN D'EXECUTION</p> <p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>																
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>																



AKDITAL

Clinique Atfal
مصحة أطفال

AMRANI M'hamed
Pharmacie SAAD
44, Bis Boulevard Abderrahim Bouabid
(Ex. Jarrafa) - Oasis - Casablanca
Tél: 05 22 23 34 85 - INPE: 092051282

Casablanca, le 23/01/23

Messemoudi Mawseen

13,50 x 9

(S.V)

1/ Finilax sachet (10g):

1s x 3 | j per saut,
dans 1 grande tasse d'eau
2mls

2/ Neofiban 160mg (griff)

1gr x 3 / 3 AM 8 j

(S.V)

AM 10,90 x 8,80

Dr. Sulwa CHAFAI
Professeur de Pédiatrie
Hépatogastrique Entérologie et Nutrition Pédiatriques
Ecole Supérieure d'Infirmières et Infirmiers de Casablanca

50, Bd. Abderrahim Bouabid, Oasis, 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

NEOFORTAN® 160 ملغم

فلاوريل سيلين

10 أفراد
فشار



NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80
EXP 09/2025
LOT 28057 3

FORMULE UNITAIRE:
 Phloroglucinol dihydrate 1 comprimé effervescent
 Excipient q.s.p.
Cette boîte contient 1,6 g de Phloroglucinol dihydrate
POSÉOLOGIE - INDICATIONS - CONTRE-INDICATIONS -
PRÉCAUTIONS D'EMPLOI : Voir notice.

بتحفظ الأدوية بـ ماءل عن الحرارة والرطوبة

Tube à conserver bien fermé à l'abri de la chaleur et de l'humidité

NEOFORTAN® 160 mg

Phloroglucinol

10
comprimés
effervescents



NEOFORTAN®
160 mg



لا يشرب في متناول الأطفال

Ne pas laisser à la portée des enfants

AMM N° 62 DMP/21

6 118000031697



مختبرات الدارالبيضاء - الدارالبيضاء - 21 - نهج الأندلس - المكتب
لابوراتواري للمنتجات الفيسيولوجية - المكتب

forlax[®]
10g

Macrogol 4000

Exp : 03/2025
LOT : W07342



maphar

Boulevard Akhannouch
Quartier Industrie Sidi Bernoussi Casablanca - Maroc

FORLAX 10G SAC B20

P.P.V. : 73.50 DH



6118001181193

**SYMPTOMATIC
TREATMENT OF
CONSTIPATION**

FLAVOUR ORANGE-GRAPEFRUIT

Child aged 8 years and over
 Adult

20 sachets

CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le : 26-01-2023

Facture N° 01567/23

A. Identification

N° Dossier : ATF23A26140303

N° Identifiant : 031985/23

Nom & Prénom : Enf. MESSEOUDI MAMOUN

C.I.N :

Adresse : CASA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 26-01-2023

Date Sortie : 26-01-2023

Traitement :

Médecin traitant : DR . CHAFAI SALWA

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	CONSULTATION	,	450,00			450,00
Total Rubrique :						
PARTIE CLINIQUE :						
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
TOTAL GENERAL						
450,00						

QUATRE CENT CINQUANTE DIRHAMS

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

signature de l'assuré

