

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.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

N° W21-784826

154724

☒ 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 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 : douleurs abdominales récurrentes

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 médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclaire avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Montant de la Facture

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 Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé
des Honoraires

VOLET ADHERENT

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

Soins

COEFFICIENTS
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTIO



AKDITAL

Clinique Atfal
مصحة أطفال

Casablanca, le 23/01/23

AMRANI M'hamed
Pharmacie SAAD
44, Bis Boulevard Abderrahim Bouabid
(Ex. Jerrada) - Oasis - Casablanca
Tél: 05 22 25 34 85 - NPE: 092051282

Messoudi Mansour

1/ Fndax Aacheb (10g):

1s x 3 / j per Sant
2m's dans 1 grand verre d'eau

2/ Niofaban 160mg (cplf)

1cp x 3 / j

8/10/2023 80x/13

Dr. Salwa CHAFAÏ
Professeur de Pédiatrie
Hépatogastro Entérologie et Nutrition Pédiatriques
Endocrinologie Diabète et Obésité Pédiatriques

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

ملغم 160

نيوفورتان®

فلوروجلوسينول

10
أقراص
فائقة



NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80
EXP 09/2025
LOT 28057 3

FORMULE UNITAIRE :

Phloroglucinol dilydrate 160 mg
Excipient q.s.p. 1 comprimé effervescent

Cette boîte contient 1,6 g de Phloroglucinol dilydrate

**POSOLOGIE - INDICATIONS - CONTRE-INDICATIONS -
PRECAUTIONS D'EMPLOI :** Voir notice.

يحفظ الأنبوب مغلقاً بعيداً عن الحرارة والرطوبة

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

NEOFORTAN®
Phloroglucinol
160 mg



10
comprimés
effervescents



لا يترك في متناول الأطفال

Ne pas laisser à la portée des enfants

AMM N° 62 DMP/21

NEOFORTAN®
10 comprimés
160 mg



6 118000 031697



مطابق المواصفات القياسية للمرقم 21 - رخصة الأدوية - الدار البيضاء - المغرب
LABORATOIRE DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES - DARIJAH EL-ACHCHAD - CASABLANCA - MAROC

forlax[®] 10g

Macrogol 4000

SYMPTOMATIC TREATMENT OF CONSTIPATION

FLAVOUR ORANGE-GRAPEFRUIT



Child aged 8 years and over
Adult



20 sachets

maphar

Boulevard Alexandre
Quartier Industrie Sd. Bernouse, Cessange - Merzig

FORLAX 10G SAC B20

P.P.V. : 73,50 DH



6118001181193



LOT : W07342
Exp : 03/2025

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

Médecin traitant : DR. CHAFAI SALWA

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	CONSULTATION		450,00			450,00
Total Rubrique :						450,00
PARTIE CLINIQUE :						450,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
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

50, Bd. Abderrahim Bouabid - Casablanca -- Tél. : 05 22 23 18 18 / 05 22 23 50 73 - Fax : 05 22 23 50 28
E-mail : atfalclinique@gmail.com -- Site web : cliniqueatfal.ma --
AF CNSS : 6354865. IF : 01087089. ICE : 001685121000068. RC : 439509
RIB : BANQUE SG OASIS CASA SGMB MAMC 022780000156000500667474 Patente : 34751594