

## 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

- Reclamation : 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-452178

ND = 21897



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 08223

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

BOUNJAJA LETLA ep CHRAIBI

Date de naissance :

08/06/1969

Adresse :

N°37 Rue 38 lot Layouni Hay Hassan  
CASABLANCA

Tél. : 0522 981716

Total des frais engagés :

467,80

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Ghali MECHICHE ALAMI

Pédiatre

Centre Résidence Nadia  
264, Bd. Brahim Roudani  
Casa - Tél. : 0522 23 48 42

Date de consultation :

07/06/2020

Age:

Nom et prénom du malade :

CHRAIBI SARA

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

ANGINE

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.

19 FEV 2020

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 : CASA

Le : 20/01/2020

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
20 JAN 2020	R	1	300000	INP : 091210492 Dr. Ghali MACHICHE ALAM Centre Régional 281, Bd de l'Algérie

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 61 Bd Abderrahim Bouabid Oasis - Casablanca 0522.23.54.49 / 05.22.99.47.20	26/01/2020	<b>PHARMACIE JERRADA</b> 61, Bd Abderrahim Bouabid Oasis - Casablanca Tél: 0522.23.54.49 / 05.22.99.47.20 <b>167.80</b>

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																							
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																							
<b>Important :</b> 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 : <input type="text"/>																			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																			
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																			
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																		
						FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																	
							COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
								MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
									DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
										FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
											COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
												MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																							
	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																						
		O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																				
			<table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> </table>			H							25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G	00000000	00000000
			H	25533412	21433552																		
			D	00000000	00000000																		
			B	35533411	11433553																		
			G	00000000	00000000																		
			[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																			
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																							
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																						
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																						

الدكتور الغالي مشيش العلمي

Docteur Ghali MECHICHE-ALAMI

Pédiatre

Diplômé de la faculté de médecine de Paris



Conseil faux.

Casablanca le :

20 JAN. 2020

14.00

1/800mg 18g



P = 15.15

1g x 3g touch le flacon.  
8.00 + 7.15 = 15.15

38.80

2/100mg



PHARMACIE JERRADA  
Al Bd Abderrahim Bouabid  
Oasis - Casablanca  
Tél: 0522.23.54.49 / 05.22.99.47.7

18.00

100 x 3g



+

1/ Clamavie 18g 2g

Dr Ghali MECHICHE-ALAMI  
Pédiatre  
Bd Brahim Roudani  
Casablanca  
Tél: 0522.23.48.42  
Fax: 0522.98.20.17

60.00

1g x 25g pr 3g

1/ Eutrosfénido 100mg



05.22.99.02.38 05.22.23.48.42 05.22.98.20.17  
ملاس ناديا . عمارة 1 . 281 شارع إبراهيم الروదاني . 20390 الدار البيضاء . الهاتف : 05.22.99.02.38  
Centre Résidence Nadia - Imm. 1 - 281, Bd Brahim Roudani. 20390 Casablanca . Tél. : 05.22.23.48.42 / 05.22.98.20.17 - Fax. : 05.22.99.02.38

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

38,80

موكسول®

أمسوكسول

بدون سكر

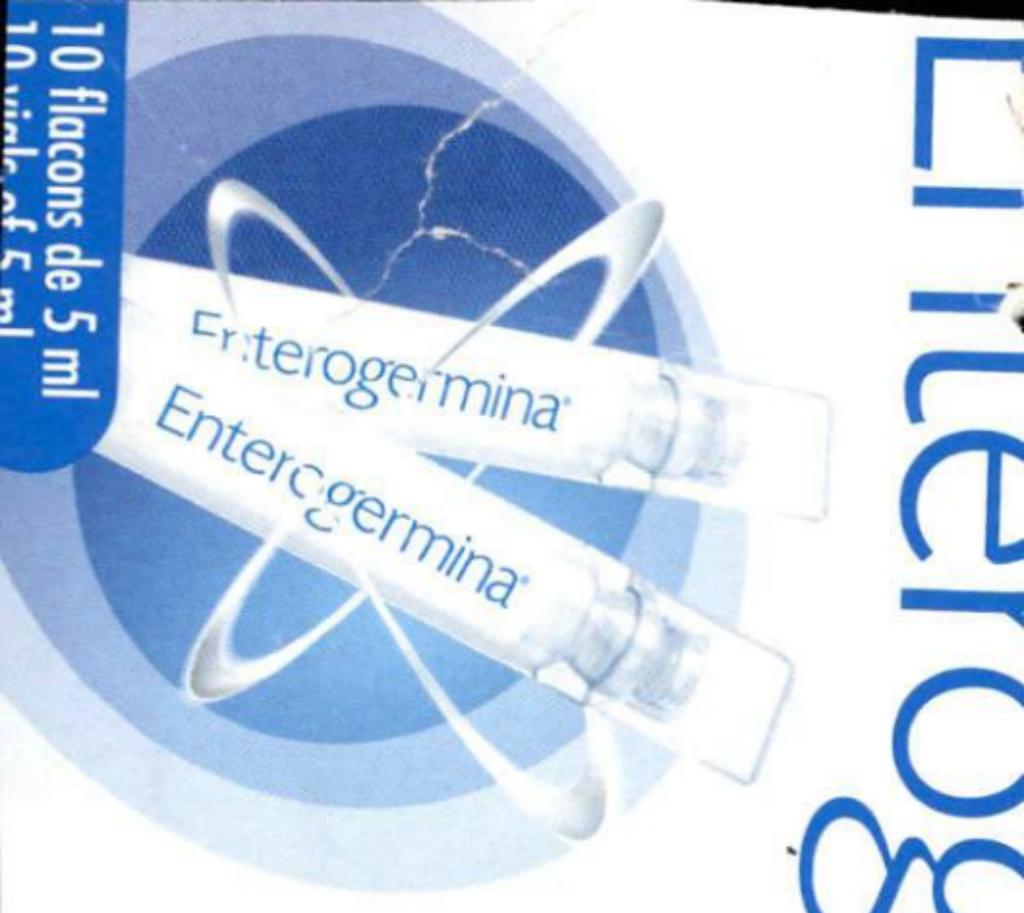
# Enterogermina®

2 milliards/5 ml - 2 billion/5 ml

Spores de *Bacillus clausii* polyantibio-résistantes  
Spores of poly-antibiotic resistant *Bacillus clausii*

**Suspension buvable/Oral suspension**

**Ne pas injecter/Do not inject**



Voie orale

10 flacons de 5 ml  
10 flacons de 5 ml

N: 03582910075455  
12430AKM1HGR07

Lot/Batch: 2712

Fab/Mfg: 03 / 2019

EXP.: 02 / 2021





1g  
disperibles  
12 comprimés

amoxicilline  
Clamoxyl

# Clamoxyl 1g

amoxicilline

comprimés dispersibles

## composition :

amoxicilline (sous forme de trihydrate) .... 1g  
cipient e.s.p. .... 1 comprimé  
contient de l'aspartam.

اموكسيسلين 1غ. يحتوي هذا الدواء على الأسيترات  
لذلك يرجى الانتباه إلى الأعراض الجانبية  
attentivement la notice avant utilisation.

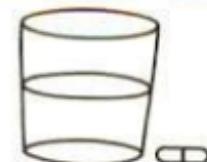
اقرؤوا النشرة بانتباه قبل الاستعمال

garder hors de la vue et de la portée des enfants.  
ce médicament peut causer des allergies.

يحفظ بعيداً عن متناول ومرأى الأطفال  
هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية

Uniquement sur ordonnance

SPECTER LES DOSES PRESCRITES



A avaler avec un verre d'eau  
يبلع مع كأس من الماء

ou



A mettre préalablement  
dans un demi verre d'eau  
avant ingestion

إذابة القرص في كوب  
من الماء وحرك الخليط قبل استخدام

PPV : 55,00 DH  
LOT : 590911  
PER : 03/21

CLAMOXYL 1g  
12 comprimés dispersibles



6 118000 160359