

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0013421

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1925 Société : R.A.M. 149387
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BOUSCHAR M'HAMED
Date de naissance : 17 7 1955
Adresse : 32 Bd M JANVIER ANFA
MOHAMMEDIA
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08 / 02 / 2023
Nom et prénom du malade : BOUSCHAR M'HAMED Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : faux / signalement biomélique
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC ☐ Pathologie
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 : Le :
Signature de l'adhérent(e) :

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 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 08/02/23 | Nébulisation | | 6000 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| Pharmacie EL AIL 394 Bd El Houria St Ana Mohammedia Tél: 01 53 32 77 64 | 8/2/2023 | 158,70 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| La Colonne Médicale 237, Bd Sébta Tél: 01 53 31 60 60 / LG Fax: 01 53 31 25 24 | 08/02/23 | Rx. Pan. Max (R) | 1500H |
| | 08/02/23 | TAC Thorax | 1500,00H |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVÉ 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 | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|--|------------------|--|--|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 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



مصحة أنفا - المحمدية
Clinique Anfa - Mohammedia

Mohammedia, le 08.02.2023

Mr ou Mme : Boudchar KHALED

toux sèche

Dur

Faible

Rendie pulmonaire +
TDR Thoracique

Radio Anfa Mohammedia
La Colline - Bd. Sebt
233 31 60 60 / LG
Tél: 05 23 31 60 60
Fax: 05 23 31 25 25

Dr. KABBAL Hadi
Anesthésiste - Réanimateur
CLINIQUE ANFA MOHAMMED
Tél: 0523 31 60 60 - GSM: 0661 17 22



مصحة أنفا - المحمدية *Clinique Anfa - Mohammedia*

Mohammedia 08/02/2023

*Nom du patient : Mr BOUDCHAR M'HAMED
Médecin traitant : DR KABBA*

RX. PULMONAIRE (FACE) :

- Epaissement des parois bronchiques essentiellement en péri hilare et au niveau des deux lobes supérieurs.
- Petit nodule du lobe supérieur droit.
- La silhouette cardio-médiastinale est de taille normale.
- Culs de sac pleuraux libres.
- Remaniement dégénératif du rachis dorsal.


Radiologie Anfa Mohammedia
237, Bd. sehta
La Colline - Mohammedia
Tél: 05 23 31 60 60 / LG
Fax: 05 23 31 25 25



مصحة أنفا - المحمدية

Clinique Anfa - Mohammedia

Mohammedia 08/02/2023

Nom du patient : Mr BOUDCHAR M'HAMED
Médecin traitant : DR KABBA

TDM THORACIQUE :

Technique :

Examen réalisé par une acquisition hélicoïdale des apex pulmonaires jusqu'à la loge surrénale sans injection de PDC.

Résultats :

Au niveau de la fenêtre parenchymateuse :

- Il existe deux petits nodules calcifiés de 5.5mm dont un siège au niveau du lobe supérieur droit et le 2eme au niveau de la lingula.
- Absence de foyer de condensation parenchymateuse.
- quelques petites réticulations septales au niveau de la partie inférieure de la lingula.
- Discret épaississement des parois bronchiques.

Au niveau de la fenêtre médiastinale :

- Absence d'hypertrophie ganglionnaire médiastinale ou hilare.
- Quelques calcifications ganglionnaires séquellaires médiastinales.
- Pas d'épanchement péri cardiaque.
- Absence d'épanchement pleural.
- Tassement corporel vertébral cunéiforme antérieur de D6, D7 et surtout de D11 sans lyse corticale.

CONCLUSION :

- Deux nodules calcifiés pulmonaires d'allure séquellaire.
- Absence de lésion pulmonaire d'aspect évolutif.
- Tassement vertébral de D6, D7 et surtout de D11 (ancien traumatisme).


Radiologie Anfa Mohammedia
237, Bd. Setta
La Colline - Mohammedia
Tél: 05 23 31 60 60 / LG
Fax: 05 23 31 28 25



مصحة أنفا - المحمدية
Clinique Anfa - Mohammedia

FACTURE
0115/23

Mohammedia le : 08/02/2023

| | |
|---|-------------------------|
| Nom patient | |
| Mr : | BOUDCHAR M'HAMED |
| | |
| | |
| RX POU MON FACE | : 150.00 DH |
| | |
| TOTAL | 150.00 DH |
| Arrêtée la présente facture à : Cent Cinquante Dirhams. | |


Radiologie Anfa Mohammedia
237, Bd. sebt
La Colline - Mohammedia
Tél: 05 23 31 60 60 / LG
Fax: 05 23 31 25 25



مصحة أنفا - المحمدية
Clinique Anfa - Mohammedia

FACTURE
0115/23

Mohammedia le : 08/01/2023

| | |
|--|-------------------------|
| Nom patient | |
| Mr : | BOUDCHAR M'HAMED |
| | |
| | |
| TDM THORACIQUE | : 1500.00 DH |
| RX POU MON FACE | : 150.00 DH |
| | |
| TOTAL | 1650.00 DH |
| Arrêtée la présente facture à : Mille Six Cent Cinquante Dirhams. | |


Radiologie Anfa Mohammedia
237, Bd. Sebta
La Colline - Mohammedia
Tél: 05 23 31 60 60 / LG
Fax: 05 23 31 25 25



مصحة أنفا - المحمدية

Clinique Anfa - Mohammedia

FACTURE

| DATE DENTREE | N° FACTURE | NOM ET PRENOM | DATE DE SORTIE |
|--------------|------------|-------------------------|----------------|
| 08/02/2023 | 14548 | BOUDCHAR M'HAMED | 08/02/2023 |
| DR KABBA | | V2 | 300,00 DHS |
| | | NEBULISTATION | 300,00 DHS |
| | | TOTAL: SIX CENT DIRHAMS | 600,00 DHS |

Clinique Anfa Mohammedia
237 Bd Sebta - La Col.
Mohammedia
Tél: 05 23 31 60 60/LG
Fax: 05 23 31 25 25



مصحة أنفا - المحمدية

Clinique Anfa - Mohammedia

Mohammedia, le 08/02/23

Mr ou Mme : BONDCHAR CHARTED

- 79,70
- ① Azithromycine 500 mg
rep 1 j
- ② Doxycycline 100 mg
cp x 2 j matin et midi
- ③ Exolone Sachet
1 sachet x 2 j
- 79,00
- ④ Apixal 500 mg
1 càs x 2 j

158,70

PHARMACIE EL AIL
Dr. KHAUD ZIYUD
394 Bd. El Houla El Aïla Mohammedia
Tél : 05 23 30 66 86 / 87

Dr. KARIM EL MADANI
Anesthésiste
CLINIQUE ANFA
Tél : 0523 31 60 60 / GSM: 0661 17 22

Apixel®



Solution buvable

FORMES ET PRESENTATIONS :

Apixel® Adultes - Solution buvable-flacon 200ml.

Apixel® Enfants - Solution buvable-flacon 200ml.

PROPRIETES :

Apixel®, à base d'extraits de propolis, d'échinacée ainsi que d'autres actifs naturels, aide à dégager et apaiser les voies respiratoires et à adoucir la gorge, procurant ainsi un confort global (Poumons, gorge, nez...) tout en renforçant les défenses naturelles de l'organisme.

UTILISATIONS :

- Voies respiratoires encombrées.
- Gorge irritée.
- Enrouement.

CONSEILS D'UTILISATION :

Apixel® Adultes : 1 cuillère à soupe 3 à 4 fois par jour.

Apixel® Enfants : - Moins de 4 ans : 1 cuillère à café 3 à 4 fois par jour.

- De 4 à 12 ans : 1 cuillère à soupe 3 à 4 fois par jour.

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Déconseillé aux personnes allergiques aux produits de la ruche.
- Déconseillé chez la femme enceinte.
- Le produit peut présenter des sédiments dûs à la nature de ses composants, toutefois sa qualité et son efficacité ne sont pas altérées.
- Respecter la dose recommandée.
- Bien agiter avant l'emploi.
- Après ouverture, conserver au frais et consommer rapidement.
- Tenir hors de la portée des enfants.

Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament.

Fabriqué par Pharmalife Research - Garbagnate Monastero (Italie)

Importé et distribué au Maroc par Medipro pharma.

Autorisation du Ministère de la Santé n° :

APIXOL® Adulte / DA 20191312479DMP/20UCA/MAv2

APIXOL® Enfant / 20211312617MAv2/CA/DMP/18



8 032578 477337

Lot: 220998

À consommer avant le: 12/2025

PPC: 79,00 DH

أَيْكُسُول[®]



الشكل و التقديم :

أَيْكُسُول[®] للكبار - محلول للشرب - قارورة تحتوي على 200 مل.

أَيْكُسُول[®] للصغار - محلول للشرب - قارورة تحتوي على 200 مل.

الخصائص :

يحتوي أَيْكُسُول[®] للكبار على مكونات فعالة مستخلصة من صمغ النحل، الإكيناسيا ومواد طبيعية أخرى تساعد على إخراج البلغم المتراكم في المجاري الهوائية و تهدئتها في حالة إصابتها بالالتهاب كما تعمل على تقوية جهاز المناعة مما يضيفي إرتياحا شاملاً على الجهاز التنفسي.

دواعي الإستعمال :

- تراكم البلغم في المجاري التنفسية.

- التهاب الحنجرة.

- البرحة.

نصائح الإستعمال :

أَيْكُسُول[®] للكبار : ملعقة كبيرة واحدة (1) ثلاث (3) إلى أربع (4) مرات في اليوم.

أَيْكُسُول[®] للصغار :

• أقل من 4 سنوات : ملعقة صغيرة واحدة (1) ثلاث (3) إلى أربع (4) مرات في اليوم.

• من أربع إلى 12 سنة : ملعقة كبيرة واحدة (1) ثلاث (3) إلى أربع (4) مرات في اليوم.

إحتياطات الإستعمال :

- لا ينصح استعماله عند الأشخاص ذوي حساسية لمستخلصات خلية النحل.

- لا ينصح استعماله عند الحامل.

- قد يحتوي المحلول على رواسب ناتجة عن طبيعة مكوناته دون المس بجودته أو فعاليته.

- يجب إحترام الكمية الموصى بها.

- يحرك جيدا قبل الاستعمال.

- يحفظ في مكان بعيد عن الحرارة ويستهلك في مدة لا تتجاوز شهرا بعد فتحه.

- يوضع بعيدا عن متناول الأطفال.

مكمل غذائي ليس بدواء.

صنع من طرف فارمالايف - إيطاليا.

مستورد و موزع في المغرب من طرف مديرو فارما.

رخصة وزارة الصحة رقم :

أَيْكُسُول[®] للكبار / 20191312479DMP/20UCA/MAv2

أَيْكُسُول[®] للصغار / 20211312617MAv2/CA/DMP/18