

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-808181

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12825	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre:	LAGSINI ZINER 166 841
Nom & Prénom : LAGSINI ZINER			
Date de naissance : 16/06/1988			
Adresse : La melle			
Tél. : 0618745848	Total des frais engagés : 867,30 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	Dr. Ali OUDGHIRI Hépato-Gastro-Entérologue 46, Bd Bir Anzarane, Maârif Casablanca Tél: 05 22 25 18 18
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	23/06/2023
Nom et prénom du malade :	CAG SIDI Zineb 1988
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Diabète épilepsie + ITPC fakir
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 : **CASAB** Le : **13 JUIL 2023**

Signature de l'adhérent(e) :



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
23/06 2023	Ce Frida		600,00 100,00	INF : 00000000000000000000000000000000 PAKHTALI Clinique Jerrada Oasis www.jerrada.com DODGINI

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p style="text-align: center;">HARIMACIAUTO</p> <p>153, Rue Habacha (Bd Day Out Sidi Baba) Bd Ghaliat - Casablanca Tél: 0522 25 18 07</p> <p style="text-align: center;">INDE: 092078385</p>	23/06/23	167,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 : <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"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H 25533412 00000000 D —————— 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[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

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 23-06-2023

Facture N° 12527/23**A. Identification**

N° Dossier : CJO23F23160059

N° Identifiant : 010009/19

Nom & Prénom : Mme LAGSIMI ZINEB

C.I.N : BE811535

Adresse : 63 IMP MONTAIGNE ETG 5 APPT 14 VAL FLEURI

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 23-06-2023

Date Sortie : 23-06-2023

Traitement :

Médecin traitant : DR . OUDGHIRI ALI

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	FRAIS CLINIQUE		100,00			100,00
Total Rubrique :						
PARTIE CLINIQUE : 100,00						
HONORAIRES MEDICAUX						
1	DR. OUDGHIRI ALI (GASTROLOGUE)		600,00			600,00
Total Rubrique :						
600,00						
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
TOTAL GENERAL 700,00						

SEPT CENTS DIRHAMS

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

signature de l'assuré





AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis
مصحة جرادة الوازيس

~~PHARMACIE WATI~~
153, Rue Habacha
(Bd Day Ouard Sidi Baba)
arr Ghellaf - Casablanca
Tél: 05 22 25 10 07

Casablanca, le.....

23/06/23

~~= 167,30 Dhs~~ " ungsini Ench

52,40

- Smechie d'oeillet x 3

~~21.~~

loin de repue

Mer 5'

65,10

- Ultre - leuver S.V.

~~S.V.~~

2 - 0 - 2 x 5

49,80

- FATAGYL 500 2cp en 1 prnc/

~~S.V.~~

5' le suite plus stop

Dr. Ali OUTIGHIRI
Hépato-Gastro-Endocrinologue
46, Bd Bir Anzarane, Maârif
Casablanca Tél: 05 22 518 07

~~HARMACIE WATI~~

153, Rue Habacha
(Bd Day Ouard Sidi Baba)

113, Boulevard Abderrahim Bouabda (Ex-Jerrada), Oasis, Casablanca

Tél.: 05 22 23 84 81 / 05 22 23 84 52 / 53 / 54 - Fax : 05 22 23 84 04

E-mail : cliniquejerradaoasis@akdital.ma - Site web : www.cliniquejerrada.ma

ISO 9001

BUREAU VERITAS
Certification



Mee 3-4/j

FLAGYL® 500 mg

Métronidazole

Comprimé pelliculé

SANOFI

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
 - Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
 - Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
 - Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

1. QU'EST-CE QUE FLAGYL 500 mg, comprimé pelliculé ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : antibiotiques antibactériens anti-parasitaires de la famille des nitro-5-imidazolés - code ATC : J01XD01 – P01AB01

Ce médicament est indiqué dans le traitement de certaines infections à germes sensibles (bactéries, parasites).

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE FLAGYL 500 mg, comprimé pelliculé ?

N'utilisez jamais FLAGYL 500 mg, comprimé pelliculé :

- si vous êtes allergique au métronidazole, à un médicament de la famille des imidazolés (famille d'antibiotiques à laquelle appartient le métronidazole) ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6, • si vous êtes allergique (hypersensible) au blé, en raison de la présence d'amidon de blé (gluten), • si le patient est un enfant âgé de moins de 6 ans (voir Avertissements et précautions).

Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre FLAGYL 500 mg comprimé pelliculé.

Mises en garde et précautions d'emploi

Avant d'utiliser FLAGYL, prévenez votre médecin si vous présentez

- des troubles neurologiques, - des troubles psychiatriques, - des troubles sanguins, - des antécédents de méningites sous métronidazole.

Prévenez immédiatement votre médecin si l'un des troubles suivants se produisent pendant le traitement par FLAGYL® :

Dès la première dose, il existe un risque de survenue de réaction allergique sévère et soudaine (choc anaphylactique, œdème de Quincke), se manifestant par les symptômes suivants : oppression dans la poitrine, vertiges, nausées ou évanouissements, ou vertiges lors du passage en position debout (voir Quels sont les effets indésirables éventuels ?). Si ces symptômes surviennent, arrêtez d'utiliser ce médicament car votre vie pourrait être mise en danger, et contactez immédiatement votre médecin.

La survenue, en début de traitement, d'une rougeur se généralisant à tout le corps avec des pustules, et accompagnée de fièvre, doit faire suspecter une réaction grave appelée pustulose exanthématique aiguë généralisée (voir Quels sont les effets indésirables éventuels ?) ; prévenez votre médecin immédiatement car cela impose l'arrêt du traitement : cette réaction va contre-indiquer toute nouvelle administration de méthronidazole active.

LOT: 2202
PER.: 08 2022

FLAGYL 500 mg

Р Р В · 49РНЯП



1188999 2622

110000 060062

Troubl
myopie.

1000

terreux comme les convulsions, mouvements des mains et des pieds de froid, troubles sonores d'interrompre, ces sont les effets

smecta® orange-vanille

Diosmectite

SMECTA 3 g ORANGE-VANILLE, poudre pour suspension buvable en sachet

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

Vous devez toujours prendre ce médicament en suivant scrupuleusement les informations fournies dans cette notice ou par votre médecin ou votre pharmacien.

- Gardez cette notice. Vous pourrez avoir besoin de la relire.
- Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.
- Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien.

Que contient cette notice ?

- Qu'est-ce que SMECTA 3 g ORANGE-VANILLE, poudre pour suspension buvable en sachet et dans quels cas est-il utilisé ?
- Quelles sont les informations à connaître avant de prendre SMECTA 3 g ORANGE-VANILLE, poudre pour suspension buvable en sachet ?
- Comment prendre SMECTA 3 g ORANGE-VANILLE, poudre pour suspension buvable en sachet ?
- Quels sont les effets indésirables éventuels ?
- Comment conserver SMECTA 3 g ORANGE-VANILLE, poudre pour suspension buvable en sachet ?
- Contenu de l'emballage et autres informations.

1. QU'EST-CE QUE SMECTA 3 g ORANGE-VANILLE, poudre pour suspension buvable en sachet ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : AUTRES ADSORBANTS INTESTINAUX - code ATC : A07BC05.

Ce médicament contient une substance active : la diosmectite.

La diosmectite est une argile naturelle purifiée qui couvre la muqueuse digestive.

Ce médicament est indiqué dans le traitement :

- De la diarrhée aiguë chez l'enfant de plus de 2 ans en complément de la réhydratation orale, et chez l'adulte ;
- Des douleurs liées à des maladies fonctionnelles de l'intestin chez l'adulte.

2. QUELLES SONT LES INFORMATION A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE SMECTA

buvable en sachet

Ne prenez jamais SMECTA sans suspension buvable

Si vous êtes allergique aux

contenus dans le

Avertissements et

Chez le nourrisson

utilisé.

Lot : 101
PER : 11/2025

SMECTA ORANGE VANILLE
3G SACHET B30

P.P.U : 52DH40



Lot :
الموسم

Fab :
صنع:

EXP : صالح لغاية:

1043 05 2022 05 2025
BIOCODEX MAROC PPV 65. 10 DH