

## 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° W19-498194

11088

ca

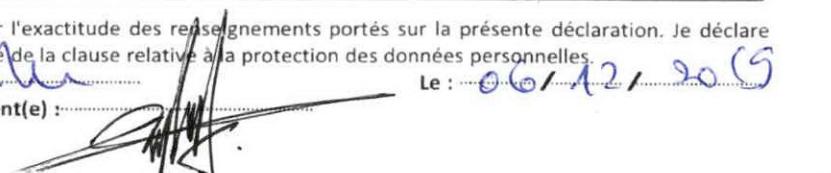
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	12903	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Actif</b>	<input type="checkbox"/> <b>Pensionné(e)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autre</b>	
Nom & Prénom : <b>EL FARISSI Oussama</b>			
Date de naissance : <b>17/08/1990</b>			
Adresse : <b>Des Rissafa, rue théâtre de banville, va fleuri, Casablanca</b>			
Tél. : <b>06 61 49 73 02</b> Total des frais engagés : <b>331,80</b> DHS			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : <b>Dr. NEJARI Noureddine</b> Professeur de Pédiatrie 314 Ba Abdelloumen - Casablanca Tél:0522 23 23 80 - Fax:0522 23 23 81			
Date de consultation : <b>06/12/2019</b>			
Nom et prénom du malade : <b>EL FARISSI Oussama</b> Age:.....			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> <b>Lui-même</b> <input type="checkbox"/> <b>Conjoint</b> <input type="checkbox"/> <b>Enfant</b>			
Nature de la maladie : <b>Problème 25 DEC. 2019</b>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>.....</b>			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential 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 : **ca** Le : **06/12/2019**

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
06/12/19	5	10	250	INP : <input type="text"/> MEJJARI Noureddine Médecin de Pédiatrie Casablanca 0522 23 23 81

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE Noureddine Fournisseur en Pharmacie Abdelmoumen CASAB 06 22 26 05 70</i>	06/11/19	81,80

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIBES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pédiatrie  
Néonatalogie et Réanimation néonatale

Ex-enseignant à la Faculté  
de Médecine de Casablanca

Consultations sur Rendez-vous



طب الأطفال

أستاذ سابق بكلية الطب  
بالدار البيضاء

الزيارة بالموعد

Casablanca, le 06/12/13  
الدار البيضاء، في

El FRZihi Kenza

9,70



Dolastab Dolipone (150)  
1 suppo x 4/j 16++

22,50



No-dol (Sij)  
100ml (10) x 4/j

119,60



Zystec (Sij)

10 gtt/j

x 08 Jus

81,80

PHARMACIE MERIEUX  
Dr. NEJJARI Noureddine  
Résidence Bentouassen II  
314, Bd Abdelmoumen, Casablanca  
Tél: 05.22.23.23.80 - Fax: 05.22.23.23.81 - E-mail: nournejjari@yahoo.fr

Dr. NEJJARI Noureddine  
Professeur de Pédiatrie  
Résidence Bentouassen Casablanca  
314, Bd Abdelmoumen Casablanca  
Tél: 05.22.23.23.80 - Fax: 05.22.23.23.81 - E-mail: nournejjari@yahoo.fr

# କିମ୍ବା

一  
五  
五  
九  
九

المكونات: إيبوروفين ..... 20 ملخ/مل
المكونات الأخرى ك.ك.ل ..... 100 مل

NO - DOL FEN 20MG/ML  
SUSP BUV FL 150ML  
P.P.V : 22DH50  
LOT : 91MA108  
PER.:02/2022  
  
6 118000 061892

يتناول هذا الدواء عن طريق الفم.  
يُستعمل الدواء بواسطة حقنة قباس الجرعات (درجة بالكيلوغرام).  
ندرج واحد من 1.5 كلى بطبق 0.5 مل من محلول للشرب  
ويحتوى على 10 مل من أبتوبروفين.  
احتفظوا بهذا الدواء في مكان آمن بعيداً عن متناول ونظر الأطفال.  
اقرأوصفة كامنة قبل البدء في استعمال هذا الدواء.  
يجب الاحتفاظ به في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية.  
حرك الماء بقوة حبذا قبل الاستعمال.

Doliprane® 150 mg  
PARACETAMOL  
10 SUPPOSITOIRES



6 118000 040293

دوليبران  
150 ملغ  
باراسيطامول



12 - 8 كلغ

الأوجاع  
الحمى

10 لبوسات

بوني  
معر الكلازيلين - بين السبع - بين الماء  
س. البذوشي - صيدلي مسؤول



15 ml

# Zyrtec®

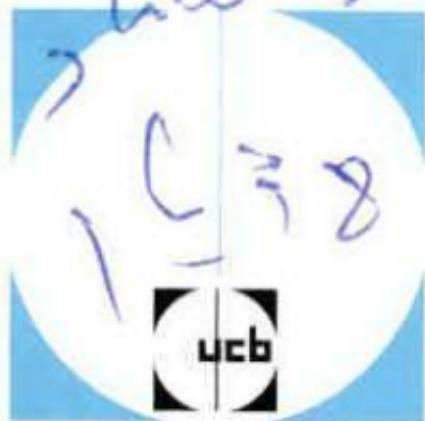
10 mg/ml

Cétirizine

Voie orale



Solution buvable en gouttes



LOT 151544

UT AV 06 2020

PPV 49.60 DH

سوطيمما  
Sothema

Fabriqué par les Laboratoires SOTHEMA

B.P. N°1, 20180 Bouskoura - Maroc

L.TAZI, Pharmacien Responsable

Sous licence UCB PHARMA

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste II. Uniquement sur ordonnance