

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.

Éducation :

- 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

Réclamation	: contact@mupras.com
Prise en charge	: pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut	: adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données 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

Déclaration de Maladie : N° P19-0002042

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 9065	Société : R.A.M	ANPL (15126)	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : JELLOUL Mohamed		Date de naissance : 22/09/1965	
Adresse : N°46 RUE DE SIDI MOHAMED		MUPRAS	
Tél. : 0661 064 692		Total des frais engagés : 096,40 Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Dr. O. BENJELLOUN Pédiatru ACCUEIL			
Date de consultation : 04/01/20	Age : 108		
Nom et prénom du malade : Jeloul S.			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Anfins / Crise d'asthme			
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 : **CASABLANCA**

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **07/01/2020**

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
04/09/2011 2	S	/	190,00	Dr. O. BENJELLOUN Pédiatre

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE de Rue des Papillons N° 1 et Rue des Casablanca 0577 50 08 55	5/11/90	956,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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'ORL.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

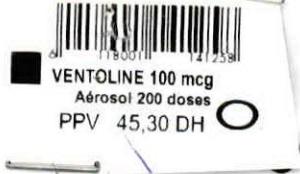
DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ORDONNANCE

le 04/01/20

Jelloul Sane

10A+1/2

141,40

45 KF

① Doliprane 500

S.V.

41,30 1 sachet et 1/2 x 3, J 31 F 2,38

② Ventoline 3p. x 4

S.V.

18,40 3 bouffées x 3, J (x 1 semaine)

③ Salpred 2

3 cp /

PPV 14 DH 40
PER 11/21
LOT H2508

Dr. O. BENJELLOUN
Pédiatre

~~Dr. O. BENJELLOUN~~

Augmentin

1 cp x 3, J (x 5 jours)

256,40

PHARMACIE NAPOLEON
Angle Rue d'Oradour sur Glane
et Rue des Papillons N° 1
Oasis Casablanca
Tél: 0527 75 00 66

Dr. O. BENJELLOUN
Pédiatre



AUGMENTIN 1 g/125 mg ADULTES, poudre pour suspension buvable en sachet-dose

AUGMENTIN 500 mg/62,5 mg ADULTES, comprimé pelliculé Amoxicilline/Acide clavulanique

Dénomination du médicament

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit (ou a été prescrit à votre enfant) et donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous présentez un effet secondaire non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Dans cette notice :

1. QUEST-CE QUE AUGMENTIN ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE SUR CE MÉDICAMENT ?



Solupred® 20 mg

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT

Composition

Méta-sulfonate de prednisolone et de sodium (quantité correspondant en prednisolone à ... 20 mg).
Excipients : Acide tartrique, acide citrique anhydre, bicarbonate de sodium, benzoate de lithium, citron arôme naturel, saccharinate de sodium, silicone émulsion anti-mousse.
Chaque comprimé contient 50,80 mg de sodium.

Forme pharmaceutique et présentation
Comprimé effervescent. (Flacon (verre) de 20).

Classe pharmaco-thérapeutique

GLUCOCORTICOÏDES - USAGE SYSTEMIQUE (H : Hormones systémiques non sexuelles)

DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT

Ce médicament est un corticoïde.
Il est indiqué dans certaines maladies, où il est utilisé pour son effet anti-inflammatoire.

ATTENTION !

AUGMENTIN 500 mg/62,50 mg
32 comprimés pelliculés



6 118000 161288



vendus sans ordonnance, et aussi les produits

ent de la goutte) avec AUGMENTIN, le risque de réaction

otre médecin peut décider d'ajuster

sang (tels que la warfarine) sont pris

à peu près requises.

médicament utilisé pour traiter le cancer

motif (traitement pour prévenir le rejet

PPV: 138,30
LOT: 590909 DH
PER: 06/20

Prednisolone
Comprimé

Solupred® 20 mg

20 Comprimés
effervescents



6 118000 060536

ventis

atique,
et de
es avec
ur dans
sud de
maladie

58,40

Solupred® 20mg



Précautions d'emploi

Pendant le traitement, votre médecin pourra vous conseiller de suivre un régime, en particulier pauvre en sel. Tenir compte de l'apport en sodium (environ 51 mg par comprimé).

POLYCLINIQUE MERE-ENFANT - C.N.S.S

Av. Oued Oum Errabii - HAY HASSANI

20200 CASABLANCA

Tél: 0522-90-83-63/64 Fax: 0522-90-83-71

INPE: 090001538 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 666577	N° SEJOUR : 200000406	FACTURE N° 2005000228				DATE D'ENTREE : 04/01/2020		DATE DE SORTIE : 04/01/2020		
ASSURE :						DESTINATAIRE :				
MALADE : JELLOUL,Sara		UF: 5002 URGENCES				JELLOUL,Sara				
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S :								
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	N° SE. SOC. ETRANG. :								
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN CONSULTATION SPECIALISTE (NUIT ET JOUR F	CsN	1.00	190.00	190.00					0.00	190.00

Intervenant : 470094 DR BENJELLOUN OLAYA		TOTALS :		190.00							190.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT QUATRE-VINGT DIX DHS		PLAFOND PC :								ACOMPTE:		
		REMISE : 0.00		REGLE : 190.00						AVOIR:		
		RESTE DU: 0.00										
DATE FACTURE : 04/01/2020		EDITEE LE : 04/01/2020		PAR: NEJMI		ACCIDENT DE TRAVAIL :		DATE AT :				
VISA						N° DE POLICE :						
						Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE MERE-ENFANT - C.N.S.S						
						BANQUE : BMCE - YAACOUB ELMANSOUR						
						N° compte bancaire : 011 780 0000 71 210 00 60070 49						

