

# 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.

## Traité :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 facture radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

## 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

Information : contact@mupras.com  
En charge : pec@mupras.com  
En et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 571 Société : RAM,

Actif  Pensionné(e)  Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : WARID BOUZZA

Date de naissance : 1945

Adresse : AIN RHIFAI RUE A M: 80 CASA

Tél. : 06 85 37 25 53 Total des frais engagés : 559,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr MAACHOU EL MOUTAPHA  
Spécialiste en Médecine de Trajet  
MÉDECINE GÉNÉRALE  
Quartier Bézatia, Rue Cadi EL IRANI 12 BIS  
TEL / FAX: 0522 53 99 00

Date de consultation : 26/01/2011

Nom et prénom du malade : WARID BOUZZA Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Hypertension, Prostate, Bézatia

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Toux.

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 : CASA Le : 16/01/2011

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
26/01/2021	CA		180.00	<i>DR MACHOU ET MOUSTAFI Médecin Dentiste - Chirurgien de l'Odontologie Baboula, Rue Caid EL RAHMAN Tel: 0522 28 12 95</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NOUVELLE MEDINA الطباعة الجديدة Tel 0522 80 44 61 0522 28 12 95	26/01/2021	2129.00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

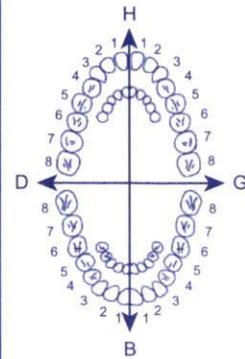
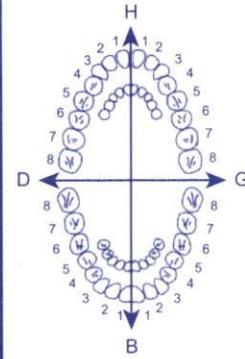
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
					
MONTANTS DES SOINS				MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION					
FIN D'EXECUTION					
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	H	25533412 21433552 00000000 00000000 D	B	CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
		00000000 00000000 35533411 11433553			
MONTANTS DES SOINS					
DATE DU DEVIS					DATE DE L'EXECUTION
DATE DE L'EXECUTION					

**ODF PROTHESES DENTAIRES**

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS** **VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTEST**

# Dr.El Moustapha MAACHOU

Spécialiste en Médecine du Travail  
Médecine Générale

# الدكتور المصطفى معاشو

اختصاصي في طب الشغل  
الطب العام

- Echographie
- E.C.G
- Ancien Médecin de la Polyclinique des Electriciens
- Médecin Assermenté près des Tribunaux

- فحص بالصدى

- تخطيط القلب الكهربائي

- طبيب سابق بمصحة الكهربائيين

- طبيب خبير محلف لدى المحاكم

Casablanca, le : 26.01.2011

Mr. Moustapha Maachou  
31.01.2011 - Bon de la pharmacie  
193.10 - CONTIFLO 100 mg x 30  
109.70 - EXTRAMAG 140 mg x 30  
429.00

PHARMACIE NOUVELLE MEDINA  
صيدلية المدينة الجديدة  
Tel 0522 80 44 61  
0522 28 12 95

CONTIFLO®  
PPV: 109DH70

Dr. MAACHOU  
Spécialiste en Médecine de Travail  
MÉDECIN  
Quartier Baladia, Rue Cadi El IRAKI 12 Bis  
Tél / Fax: 0522 82 98 60

# BRONCHATHIOL

Carbocisteine 5%



## FLUIDIFIANT des voies respiratoires ADULTE

Solution Buvable

### ONCHATHIOL

Veuillez lire attentivement  
Gardez cette notice, vous  
Si vous avez toute autre  
votre médecin ou à votre  
Ce médicament vous  
d'autre, même en cas de  
Si l'un des effets indésirables  
mentionné dans cette notice

#### FORMULE

Carbocisteine .....

Excipients :

Saccharinate de soja, parahydroxybenzoate de méthyle, glycérol, excipients q.s.p.

Flacon de 150 ml.

#### EXCIPIENTS À EFFET NÉGATIF

Parahydroxybenzoate de méthyle

#### CLASSE PHARMACOTHÉRAPEUTIQUE

MUCOLYTIQUE

[R: Système respiratoire]

Ce médicament en modification

#### INDICATIONS :

Ce médicament est préconisé pour les personnes avec difficultés respiratoires récentes avec difficulté à respirer (bronchites).

#### POSÉOLOGIE USUELLE

1 cuillère à soupe 3 fois par jour.

Pour les enfants de moins de 15 ans :

- À prendre de préférence en dehors des repas.

- La durée de traitement doit être brève et ne pas dépasser 5 jours.

#### CONTRE-INDICATIONS

La forme adulte est contre-indiquée chez l'enfant de moins de 15 ans.

#### EFFETS INDESIRABLES

À fortes doses, on peut parfois constater l'apparition de phénomènes digestifs : gastralgies, nausées, diarrhées.

#### Mises en garde spéciales et Précautions d'emploi :

Faites attention avec BRONCHATHIOL® EXPECTORANT ADULTES, solution buvable :

#### Mises en garde spéciales

Ce médicament est réservé à l'adulte (plus de 15 ans).

À prendre de préférence en dehors des repas.

La durée de traitement doit être brève et ne pas excéder 5 jours.

Les toux productives, qui représentent un élément fondamental de la défense broncho-pulmonaire, sont à respecter.

L'association de mucocomodificateurs bronchiques avec des antitussifs et/ou des substances asséchantes les sécrétions (atropiniques) est irrationnelle.

Ce médicament contient du parahydroxybenzoate de méthyle (E218) et du parahydroxybenzoate de propyle (E216) et peut provoquer des réactions allergiques (éventuellement retardées).

Ce médicament contient un agent azoïque le rouge cochenille A (E124) et peut provoquer des réactions allergiques.

#### Précautions d'emploi

La prudence est recommandée chez les sujets atteints d'ulcères gastroduodénaux. PRÉNEZ L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN.

#### GROSSESSE ET ALLAITEMENT

- Si vous êtes enceinte ou si vous allaitez,

Ne prenez pas ce médicament sans avoir demandé l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien

- Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse que sur les conseils de votre médecin.

- Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité de le poursuivre.

- Il est possible d'allaiter votre enfant en cas de traitement par ce médicament.

- Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

#### Symptômes et instructions en cas de surdosage

Si vous avez pris plus de BRONCHATHIOL® EXPECTORANT ADULTES, solution buvable que vous n'auriez dû :

En cas de surdosage accidentel, ARRÉTEZ LE TRAITEMENT ET CONSULTEZ RAPIDEMENT VOTRE MÉDECIN

- COMMENT CONSERVER BRONCHATHIOL® EXPECTORANT ADULTES, solution buvable ? Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

- Date de péremption

Ne pas utiliser BRONCHATHIOL® EXPECTORANT ADULTES, solution buvable après la date de péremption mentionnée sur le flacon.

- Conditions de conservation

Pas de précautions particulières de conservation.

istéine 5%



31,20

P.P.V. 31 DH 20  
F.E.R. 03/23  
L.O.T. J 938



ge cochenille A.

tion par la toux.

ons respiratoires  
nt les sécrétions