

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 | adhession@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° W19-433372

ND: 79760

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	000 2154	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	GAIJAOUI Rachida Veuve Nassani
Nom & Prénom :			
Date de naissance :	21/08/1969	M'Barek	
Adresse :	Rue 127 RUE 56 oufia Casablanca		
Tél. :	06 17 46 57 96	Total des frais engagés :	926,20 Dhs
05 22 90 73 13			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation :	06/08/2021	Age :	
Nom et prénom du malade :			
GAIJAOUI Rachida Veuve Nassani			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
gencive genoux			
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 31/08/2021



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
01/02/14 CS			300.0H	INP : [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Mme BENALOUD NERMA 313, Bd. Oued Tensift et Sultana Casablanca - Tel: 022.91.00.77 INPE	01/02/14	626.80

092025014

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

	O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	Coefficient des travaux <input type="text"/> Montants des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Date de l'exécution <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la profession	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

01/07/2004

- Mⁿ Grijicom Nadida

PPV : 169DH00
PER : 03/24
LOT : K764-2

169,-

M Dolico 90g (1)

3.V

2200mg Mⁿ

M Gadelipra (10g)

388,- MX3

3/ Artipen. yomady (1un)

PPV : 22DH20
FER : 03/22
LOT : J751

149,- 10x33

M Curoflex sut (2m)

528,- 10x1ij

V) Tols 20x10g (1kg)

HARMONIE EL LOTE
Mme. BENELLOUN NEAMA
313 Bd. Oued Tensift El Oufa
Casablanca - Tel: 22291000

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc

Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

626.00

préférence avant le

PPC : 149,50 DH

CURAFLEX®

Sachets

FORME ET PRÉSENTATION :

Sachets - doses, Boite de 20.

COMPOSITION :

Eau déminéralisée, peptides de collagène, fortigel, fructose, acidifiant : acide citrique, Vitamine C (acide L-ascorbique 80 mg), Hyaluronate de sodium, conservateurs : sorbate de potassium, arômes, gluconate de manganèse (manganèse : 1mg), édulcorants : sucralose, Glycosides de stéviol, Gluconate de cuivre (cuivre : 0,5 mg).

SANS GLUTEN-SANS LACTOSE-AVEC EDULCORANT.

PROPRIÉTÉS :

CURAFLEX® sachets est à base d'un complexe bio-optimisé innovant qui renferme des peptides actifs de collagène, de l'Acide hyaluronique ainsi que de la vitamine C, du manganèse et du cuivre qui agissent en synergie pour aider à favoriser la régénération du cartilage et à augmenter la souplesse et la mobilité procurant ainsi un confort articulaire durable.

CONSEILS D'UTILISATION :

Prendre 1 sachet par jour, pur ou dilué dans un verre d'eau.

PRÉCAUTIONS D'UTILISATION :

- Ne pas dépasser la dose journalière recommandée.
- Tenir hors de portée des enfants de moins de 3 ans.
- Conserver dans un endroit frais et sec.
- Doit être utilisé dans le cadre d'un mode de vie sain et d'une alimentation équilibrée.

Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament

Fabriqué par ERBOZETA SPA - RSM.

Importé et distribué au Maroc par Thérapharm.

Autorisation du Ministère de la Santé n° : DA 20201912214DMP/20UCA/v1.

Autorisation sanitaire ONSSA n° : ES.5.230.16.

①

٤٤٦٥٥٨٤
UT074
02/2024

أكياس

كراوفلش

الشكل والتقديم:

كراوفلش® أكياس، علبة تحتوي على 20 كيس جرعة.

الخصائص:

يحتوي كراوفلش® أكياس على مركب من بيتيدات الكولاجين وحمض الهيالورونيك وكذلك الفيتامين C والمنغنيز والنحاس، هذه المكونات تعمل بشكل متجانس على تعزيز عملية تجديد الغضروف مما يسهل مرنة وحركة المفاصل.

نصائح الإستعمال:

كيس واحد (1) في اليوم.
يؤخذ خالصاً أو يخلط في كأس من الماء.

إحتياطات الإستعمال:

- إحترام الكمية الموصوح بها.
 - يوضع بعيداً عن متناول الأطفال الأقل من ثلاثة (3) سنوات.
 - يحفظ في مكان بارد و جاف.
 - يستعمل كمكمل لتغذية متنوعة.
- مكمل غذائي ليس بدواء.

٩٦
٦٥
٢٣

صنع من طرف مختبر إربوزيطا.
مستورد وموزع في المغرب من طرف طيرافارم.

رخصة وزارة الصحة رقم : DA 20201912214DMP/20UCA/v1

Codoliprane®

PARACETAMOL ET CODEINE

comprimé sécable

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

COMPOSITION

Paracétamol
Phosphate de codeine hémihydraté
(Quantité correspondant à codeïne base)
Excipients : gélatine, acide stéarique, amidon de pomme de terre

J 761
L 01
P E R
22 D H20
PPV
03 / 22

FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé sécable - boîte de 16.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE CENTRAL ET PERIPHERIQUE (N. Système nerveux central)

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Traitement chez l'adulte des douleurs d'intensité modérée à intense, qui ne sont pas soulagées par l'aspirine ou le paracétamol utilisé seul.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- allergie connue au paracétamol ou à la codeïne,
- maladie grave du foie,
- chez l'asthmatique,
- en cas d'insuffisance respiratoire,
- allaitement.

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE, sauf avis contraire de votre médecin avec des médicaments contenant de la buprénorphine, de la nalbuphine ou de la pentazocine.
EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPECIALES

En cas de maladie chronique (au long cours) des bronches ou des poumons s'accompagnant d'expectoration, en cas de maladie du foie ou d'insuffisance rénale ainsi que chez les sujets âgés, un avis médical est indispensable. Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée en raison du risque de dépendance.

PRECAUTION D'EMPLOI

La prise de boissons alcoolisées durant le traitement est déconseillée.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, Notamment avec la buprénorphine, la nalbuphine ou la pentazocine, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

Ce médicament contient du paracétamol et de la codéine. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas afin de ne pas dépasser les doses maximales conseillées (cf. posologie).



Codoliprane®

PARACETAMOL ET CODEINE

comprimé sécable

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

COMPOSITION

Paracétamol
Phosphate de codeine hémihydraté
(Quantité correspondant à codeïne base)
Excipients : gélatine, acide stéarique, amidon de pomme de terre

J 761
L 01
P E R
22 D H20
PPV
03 / 22

FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé sécable - boîte de 16.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE CENTRAL ET PERIPHERIQUE (N. Système nerveux central)

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Traitement chez l'adulte des douleurs d'intensité modérée à intense, qui ne sont pas soulagées par l'aspirine ou le paracétamol utilisé seul.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- allergie connue au paracétamol ou à la codeïne,
- maladie grave du foie,
- chez l'asthmatique,
- en cas d'insuffisance respiratoire,
- allaitement.

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE, sauf avis contraire de votre médecin avec des médicaments contenant de la buprénorphine, de la nalbuphine ou de la pentazocine.
EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPECIALES

En cas de maladie chronique (au long cours) des bronches ou des poumons s'accompagnant d'expectoration, en cas de maladie du foie ou d'insuffisance rénale ainsi que chez les sujets âgés, un avis médical est indispensable. Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée en raison du risque de dépendance.

PRECAUTION D'EMPLOI

La prise de boissons alcoolisées durant le traitement est déconseillée.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, Notamment avec la buprénorphine, la nalbuphine ou la pentazocine, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

Ce médicament contient du paracétamol et de la codéine. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas afin de ne pas dépasser les doses maximales conseillées (cf. posologie).



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 78 605 / 2021 du 01/07/2021

Nom patient : GAJJAOUI RACHIDA

Entrée 01/07/2021

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 01/07/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation de traumatologie	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300,00

Encaissements						Total encassé	Solde
							300,00

Hôpital Universitaire International
Cheikh Khalifa Ibn Zayd
Consultation Chirurgie



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 01/07/2021

Quittance - Paiement espèces 0584909

IPP :

N° D'admission : Montant : 300,00

Patient : GISSIovi RAACHIDA

Cachet