

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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

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



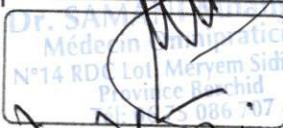
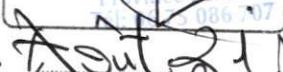
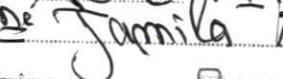
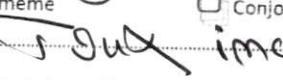
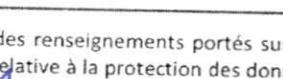
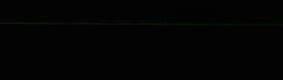
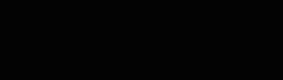
Déclaration de Maladie

N° W21-648072

91961

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 07470	Société : RAN	Autres :
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : ASNI Abderra Imame		
Date de naissance : 06-01-1961		
Adresse : Rue 9. Imm 19 A/F Nazar H.H. Casablanca		
Tél. : 0671228333	Total des frais engagés : 1973, 10 Dhs	

Autorisation CNP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
            <img alt="Handwritten signature of Dr. Sami Meryem Sidi Rahal" data-bbox="678 10900 805 109	

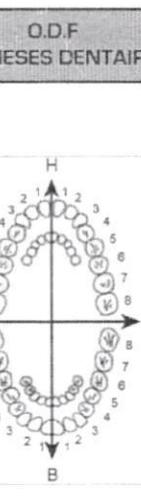
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
06.02.21	Cs	1	150,00	INP : 061167789 Dr. SAMAR MACHMUD Médecin Spécialisé N°14 ROC Lot Mervana Sidi Rahaf Prov. Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
TRI ABDELAZIZ	6.8.21.	323.20

ANALYSES - RADIOPHARMACIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Service Radiologique L'Institut Longchamp	18/10/2011	TDH Thoracogramme	1500,-

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

VIOLET ADHERENT

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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INP : <input type="checkbox"/>															
				Coefficient des travaux <input type="checkbox"/>															
				Montants des soins <input type="checkbox"/>															
				Début d'exécution <input type="checkbox"/>															
				Fin d'exécution <input type="checkbox"/>															
				O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	Determination du coefficient masticatoire <table border="1" data-bbox="1499 888 1720 1016"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des travaux <input type="checkbox"/>	
						25533412	21433552												
						00000000	00000000												
						D	G												
						00000000	00000000												
35533411	11433553																		
B																			
Montants des soins <input type="checkbox"/>																			
Date du devis <input type="checkbox"/>																			
Date de l'exécution <input type="checkbox"/>																			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																			

Dr.SAMANI Mhammed

Omnipraticien

Anc.Médecin Officier
de la Marine

Echographie

Electrocardiographie



الدكتور سهانى محمد

طبيب عام

طبيب ضابط سابق
في الملاحة البحرية

الفحص بالصدى

التخطيط الكهربائي للقلب

Tél : 06.49.12.40.78

Le: 08.08.2021

Dr Jamila Assmi.

1/ Diaz 500mg = 1 compr x 3 jour.

29,70

AS

2/ Prothrombin = 1 Sachet 1 jour.

55,00

AS

AS

3/ Zinc 30mg = 1 compr le matin x 1 mois

100,00

AS

AS

4/ Vita C = 1000 1 compr le matin x 1 mois

84,50

AS

AS

323,20

AS

AS

84,50

PHARMACIE POLYCLINIQUE
Dr. TIR Abdelaziz
58, Route Mly Thami Hay Hassan,
Tél: 0522 90 21 67 Casab

Dr. SAMANI Mhammed

Médecin Omnipraticien

N°14 RDC Lot. Meryem Sidi Rahal

Province Berchid

Tel: 0522 386 707

الرقم 1 الطابق الأول تجزئة مريم سيدى رحال الشاطئ - برشيد
N° 1,2 éme Etage ,Lot. Meryem Sidi Rahal Chatii - Berecchid



Sachet
Voie orale

Probiotis

Saccharomyces boulardii

Deva

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIF

Saccharomyces boulardii (standardisé à 2.10¹⁰)

Arôme Caramel, Silice, Sucralose..qsp 1 sachet



FORME ET PRESENTATIONS

PROBIOTIS : Sachet de Poudre Orosoluble. Boîte

Propriétés : PROBIOTIS permet d'aider à retrouver le confort intestinal

VOIE D'ADMINISTRATION ET UTILISATIONS

Voie orale.

Adulte : 3 sachets par 24 heures.

Enfant-Nourrissons à partir de 3 mois : 2 sachets par 24 heures.

MODE D'EMPLOI

- soit par prise en bouche directe.
- soit en diluant le contenu du sachet dans un peu d'eau ou une boisson sucrée. La poudre peut également être mélangée avec les aliments (adulte et enfants) ou dans le biberon (nourrissons)

DUREE RECOMMANDÉE D'UTILISATION

Durée moyenne d'utilisation 7 jours.

LIMITES EVENTUELLES D'UTILISATION

-Porteur d'un cathéter veineux central.

-Allergie aux levures, spécialement à S. boulardii

CONDITIONS DE CONSERVATION

A température ne dépassant pas 25°C, conserver à l'abri de l'humidité

Ne pas dépasser la dose recommandée.

Garder hors portée des enfants.

A conserver dans un endroit sec et frais

PROBIOTIS STICK / Autorisation ministère de la santé n° : DA 2018 1805320 DMP/20UCAv1

Deva
Pharmaceutique

146-147 Zone industrielle Tit Mellil, Casablanca



Actifs et Vitamines

PROPRIETES :

Maelys Zinc est une levure sèche désactivée enrichie en Zinc.

La Levure de bière : protéine de haute qualité, source de vitamines, minéraux et fibres alimentaires.

Le Zinc : est un oligo-éléments, connu pour son intervention dans de nombreuses fonctions physiologique de l'organisme.

CONSEILLÉ EN CAS DE :

- Problèmes de la peau
- Teint terne
- Fatigue et perte de tonus
- Ongles déminéralisés

POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI :

1 à 2 gélules par jour, à prendre le matin, avant le repas, avec un grand verre d'eau. Durée de complémenta-
tion : 3 mois

LIMITES D'UTILISATION & PRECAUTION D'EMPLOI :

- Enfants moins de 13 ans.
- Allergie connue à l'un des composants
- Ne pas dépasser la dose journalière indiquée.
- Tenir hors de portée des enfants.
- Conserver dans un endroit frais et sec.

COMPOSITION	
Ingrédients Actifs	en mg
Levure Lynside Nutri Optimum	221,8 mg
Levure Lynside Zn 100K-100 mg Zn/g	75,0 mg
Ingrédients non actifs	
Gélatine (composition de la gélule, origine bovin)	90,0 mg
Stearate de Magnésium (antiagglomérant)	3,2 mg

APPORT JOURNALIER RECOMMANDÉ (AJR)		
Élément Actif	Teneur/Gél en mg	%AJR / 2 Gélules
Zinc	7,50 mg	100,0%

Complément alimentaire ce n'est pas un médicament

Fabriqué Par : Laboratoire CMCFARMA
Distribué Par : DSF: Drug Scientific Bureau
11, Allée du chemin vert HERMITAGE - Casablanca
Tel./ Fax : +212/0522.28.47.74 / 80
AG.5 / ONSSA n° CAPV.5.53.15

Autorisation du ministère de la santé N° DA 20181802202DMF/20UCAv1

PPV 790H70
PEH 12/23
LOT J3531



N:

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

- Itement des infections dues aux germes sensibles telles que :
- infections respiratoires hautes : otite moyenne, sinusite, angine et pharyngite;
- infections respiratoires basses (y compris bronchite et pneumonie);
- infections odontostomatologiques;
- infections cutanées;
- infections des tissus mous;
- létrites et cervicites non gonococciques (chlamydia trachomatis).

CONTRE-INDICATIONS :

- Antécédents d'allergie à l'azithromycine et aux macrolides.
- Insuffisance hépatique sévère.

MES EN GARDE :

- Toute manifestation allergique (éruption cutanée, démangeaison ...) en cours de traitement doit être signalée immédiatement à votre médecin.
- Signaler au médecin traitant toute allergie ou manifestation allergique survenue lors de traitements par les antibiotiques de la famille des macrolides.
- Ce médicament ne doit pas être utilisé chez les patients présentant une maladie hépatique.
- En l'absence de données, l'association aux dérivés de l'ergot de seigle n'est pas recommandée.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

- Prévenir le médecin traitant en cas de :

Insuffisance hépatique, antécédents allergiques, manifestations cutanées d'origine allergique, prise concomitante d'autres médicaments, grossesse, allaitement.

EFFETS INDESIRABLES :

- Troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhées et douleurs abdominales.
- Manifestations allergiques; prurit, rash cutané, oedème de Quincke.

POSOLOGIE :

Se conformer à la prescription médicale.

Adulte et enfant de plus de 45 kg : 500 mg par jour, 1 comprimé de 500 mg en une prise par jour pendant 3 jours.

MODE D'ADMINISTRATION :

Azix peut être pris pendant ou en dehors des repas.

TABLEAU A (LISTE I).



bottu SA
82, Allée des Casuarinas - Aïn Sebaâ - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

Dr.SAMANI Mhammed

Omnipraticien

Anc.Médecin Officier
de la Marine

Echographie

Electrocardiographie



Tél : 06.49.12.40.78

Le: 06/08/2021

Dr. Jamila Sami.

T.D.C
Thoracique.

Service Radiologie
Clinique Longchamp

Dr. SAMANI Mhammed
Médecin Omnipraticien
N°14 RDC Lot. Meryem Sidi Rahal
Province de Chlef
Tél: 06 75 086 707

الرقم 1 الطابق الأول تجزئة مريم سidi رحال الشاطئ - برشيد
N° 1,2 éme Etage ,Lot. Meryem Sidi Rahal Chatii - Berecchid

CLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE LONGCHAMPS



090063264

CASABLANCA Le : 06-08-2021

Facture N° 04788/21

A. Identification

N° Dossier : CLC21H06164035

N° Identifiant : 010628/21

Nom & Prénom : Mme ASMI JAMILA

C.I.N :

Adresse : CASA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : **Payant**

ICE : Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 06-08-2021

Date Sortie : 06-08-2021

Traitement :

Médecin traitant : DR . GARDE GARDE

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
1	TDM THORACIQUE		1 500,00			1 500,00
					Total Rubrique :	1 500,00
						0,00

PARTIE CLINIQUE :

PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :

Arrêté la présente facture à la somme de :

TOTAL GENERAL 1 500,00

MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

Cachet et Signature

Casablanca ; le **06/08/2021**

PATIENT : **ASMI JAMILA**

SCANNER THORACIQUE

RC : PCR+ ; Recherche de pneumopathie a Covid19.

TECHNIQUE :

Acquisition spiralée millimétrique sans injection de PDC.

RESULTATS :

- Absence de condensation parenchymateuse ou de verre dépoli.
- Absence de DDB.
- Absence d'épanchement pleural.
- Absence d'épanchement médiastinal ou péricardique.

CONCLUSION :

- Aspect TDM sans anomalie.
- Examen évalué à 0%.

Merci de votre confiance.
Service de Radiologie*

*Service Radiologie
Clinique Longchamp*