

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 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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Autorisation CNDF N° : AA-215/2019



Déclaration de Maladie

N° W21-713558

122169

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
Matricule : 10322

Société : R.A.J

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : A22AB Oshamed

Date de naissance : 06/11/1974

Adresse : 3 rue La fasil Darroual Ra. Abd

El Fratouni Imm. C Apt n

603 Casablanca

Tél. : 06 66 49 38 49

Total des frais engagés : 603 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/07/22

Nom et prénom du malade : A22AB FERZA

Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Angine

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements nécessaires 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

Le : 11/07/2022

Signature de l'adhérent(e) : NL



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 honoraires
03/07/22	G	4G	40,00	INP : [REDACTED]
22/07/22				Dr. Saraa BENKIRANE SO. BD. Abderrahim Bouabdi CINIQUE PEDIATRIQUE PIN: 091023820

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Saraa BENKIRANE SO. BD. Abderrahim Bouabdi CINIQUE PEDIATRIQUE PIN: 091023820	31/7/22	203,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

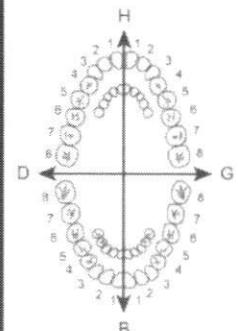
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

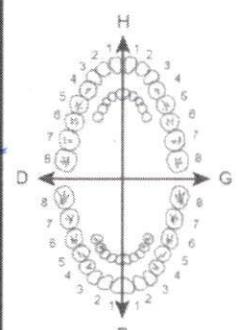
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



AKDITAL

Clinique Atfal
مصحة أطفال

PHARMACIE HAY EL MAKAM
Said EL FILALI
Docteur en Pharmacie
Mosquée Al Fath Hay Makam N°117
Ain Beria - Casablanca - Tel: 0522 23 50 28

Casablanca, le 3 Juillet 2022

Azzar Dessa

80g.

7/6/22

① ORETHEXIS (S)

on August 5th 2022 (32)

Dr (S) 2/15/22

30.-

② RETASTEN (S)

18/07/22

12,8-

PI: 091023820
PEDIATRIC

DR. Sanaa BENKIRANE

tel: 0522 23 18 18 - INPE: 090003690
OASIS - Casablanca
50, Bd. Abderrahim Bouabid

CLINIQUE PEDIATRIQUE
ATFAL

19-
③ Delphine (S) 14/7/22

month 4

20-
④ Nurofen (S)

1Dr (20) - 4+

50, Bd. Abderrahim Bouabid, Oasis, Casablanca
Tel: 0522 23 18 18 (8LG) / 05 22 23 50 73 - Fax : 0522 23 50 28
E-mail : atfalclinique@gmail.com
Site web : www.cliniqueatfal.ma



DOLIPRANE®

100 mg suppositoire sécable (de 3 à 8 kg)

150 mg suppositoire (de 8 à 12 kg)

200 mg suppositoire (de 12 à 16 kg)

300 mg suppositoire (de 15 à 24 kg)

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Doliprane 100 mg : paracétamol

Pour un suppositoire

100 mg

Doliprane 150 mg : paracétamol

150 mg

Doliprane 200 mg : paracétamol

200 mg

Doliprane 300 mg : paracétamol

300 mg

Excipients : glycérides hémisynthétiques solides

FORME PHARMACEUTIQUE

Doliprane 100 mg suppositoire sécable

Boîte de 10 suppositoires

Doliprane 150 mg suppositoire

Boîte de 10 suppositoires

Doliprane 200 mg suppositoire

Boîte de 10 suppositoires

Doliprane 300 mg suppositoire

Boîte de 10 suppositoires

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE - ANTIPIRETIQUE

(N: Système nerveux central)

DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament est indiqué en cas de douleurs et/ou fièvre telles que les douleurs dentaires, courbatures.

DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas suivants

- Allergie connue au paracétamol
- Maladie grave du foie
- Inflammation récente anale ou rectale ou saignement récent
- En cas de doute, il est indispensable de demander conseil au pharmacien.

MISES EN GARDE SPECIALES

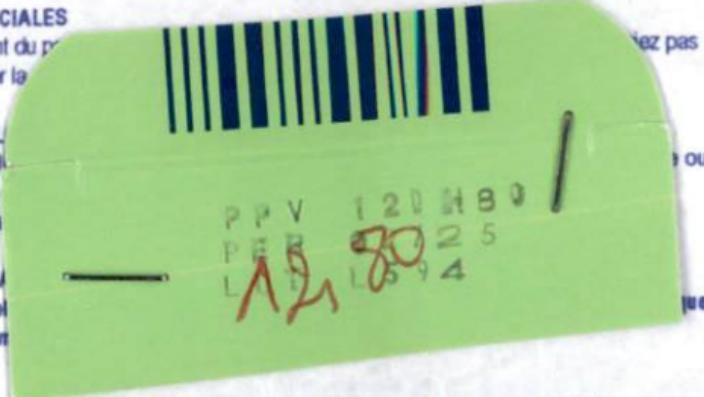
Ce médicament contient du paracétamol. Il ne doit pas être pris en plus que pour éviter de dépasser la dose quotidienne recommandée.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

Si la douleur persiste plusieurs heures après l'administration, ou si une survenue de tout autre symptôme suspecte. En cas de doute ne pas hésiter à consulter un professionnel de la santé.

INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES

Signaler la prise de Doliprane à tout professionnel de la santé sanguin ou de la glycémie.



Nurodol®

20mg/ml

enfants & nourrissons
Suspension buvable en flacon

1- IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

a - FORME PHARMACEUTIQUE ET PRÉSENTATION :

Suspension buvable pédiatrique à 2 % : flacon de 200 ml avec seringue graduée en Kg

b - COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE :

Ibuprofène..... 20 mg
Excipients..... qsp 1 ml

c - LISTE DES EXCIPIENTS À EFFET NOTOIRE :

Saccharose, sorbitol, glycérol, rouge cochenille A

d - CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE:

Anti-inflammatoire non stéroïdien, doué d'activité analgésique et antipyétique.

2- Indications thérapeutiques :

Traitement de la fièvre et ou des douleurs telle que : mal de tête, douleur dentaire, etc.

3. ATTENTION !

a) CONTRE-INDICATIONS

Ne pas utiliser ce médicament dans les cas suivants :

- À partir du 6^{ème} mois de grossesse,
- Antécédents d'allergie ou d'asthme déclenché par la prise d'aspirine ou notamment autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, à l'exception de l'ibuprofène,
- Antécédents d'allergie à l'un des constituants de ce produit,
- Ulcère de l'estomac ou du duodénum en évolution,
- Maladie grave du foie,
- Maladie grave des reins,
- Maladie grave du cœur,
- Lupus érythémateux disséminé,

b) MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

AVANT D'UTILISER CE MEDICAMENT, CONSULTEZ VOTRE MÉDECIN

- d'antécédent d'asthme associé à une rhinite ou une sinusite, ou à l'usage de la nez. L'administration de cette spécialité peut entraîner une aggrava-
- tion des symptômes chez certains sujets allergiques à l'aspirine ou aux anti-inflammatoires non stéroïdiens,
- lors de la varicelle, il est prudent d'éviter l'utilisation de ce médicament,
- de traitement anticoagulant concomitant : Ce médicament peut favoriser l'apparition d'ulcères/perforations.
- d'antécédents digestifs (hernie hiatale, hémostase),
- de maladie du cœur, du foie ou du rein,
- d'intolérance au fructose, syndrome de malabsorption du fructose (maladies métaboliques rares). Dans ce cas, il convient d'éviter la consommation de saccharose et de sorbitol.

AU COURS DU TRAITEMENT :

- en cas de troubles de la vue, PREVENIR VOUS DE LA CONDUITE D'UN VEHICULE
- en cas d'hémorragie gastro-intestinale, ARRÊTER IMMÉDIATEMENT LE TRAITEMENT
- CONSULTER VOTRE MÉDECIN OU UN SERVICE MEDICAL D'URGENCE

En cas de diabète ou de régime hypoglucidique, il convient de diminuer la dose (40 mg par ml).

c) CONDUITE DE VEHICULES ET UTILISATION EN CAS DE CONCURRENCE AVEC AUTRE MEDICAMENT

Dans de rares cas, la prise de ce médicament peut entraîner des étourdissements.

d) INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

Afin d'éviter d'éventuelles interactions entre ce médicament et d'autres médicaments en cours de traitement, il convient de consulter votre médecin ou pharmacien.

4. POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

Voie orale

RESERVÉ AU NOURRISSON ET À L'ENFANT, DE 6 MOIS À 12 ANS (SOIT ENVIRON 40 KG).



CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA | Date : 03-07-2022

Facture N° 12534/22

A. Identification

N° Dossier : ATF22G03152108

N° Identifiant : 015618/22

Nom & Prénom : Enf. AZZAB KENZA

C.I.N :

Adresse : CASA

Médecin traitant : DR . BENKIRANE SANAA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 03-07-2022

Date Sortie : 03-07-2022

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	CONSULTATION		400,00			400,00
TOTAL RUBRIQUE :						
PARTIE CLINIQUE :						
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
0,00						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
QUATRE CENTS DIRHAMS						
Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :						
TOTAL GENERAL						
400,00						

signature de l'assuré

CLINIQUE PEDIATRIQUE
ATFAL
50, Bd. Abderrahim Bouabid
OASIS Casablanca
Tél : 0522 23 18 18 - INP : 090003690