

## 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 | : 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° W21-730599

COPIE

130534

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	6878	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Elouafi nafissa			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	Total des frais engagés : ..... Dhs		

Autorisation CNDP N° A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 07/09/2022			
Nom et prénom du malade : DAHBI Ife file Age: 1953			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Bulleux xénique / fach - perte de deux			
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 : Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-730599

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : 2728,30

Date de dépôt : .....

Coupon à conserver par 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
07/09	CS			INP : 
20/12	Frais d'entretien			DJ. Ali 
13/03/21	CT			Dr. KADIRI HASSAN Fatima 

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie du Complexe Sportif Mme KADIRI HASSAN Fatima 63, Rue Mamouna Mohamed Tél : 05 22 39 52	07/09/22	75813 - 04

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
BORATOIRE DU COMPLEXE SPORTIF DR KADIRI HASSAN FATIMA Tél / Fax : 0522 39 52	02/09/22	B. 1020 x 1,34 TC. f. 1,5	1470,00
ABORATOIRE DU COMPLEXE SPORTIF DR KADIRI HASSAN FATIMA Tél / Fax : 0522 39 52	04/09/22	B. 1020 x 1,34 TC. f. 1,5	250,00

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHERENT

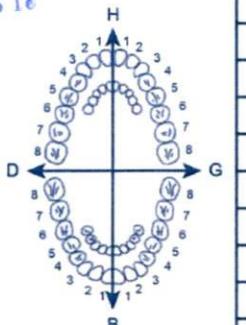
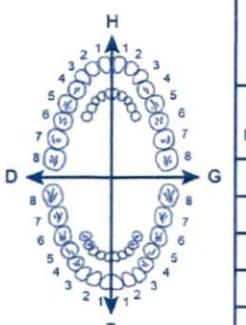
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### 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	INP : 
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412	21433552	Coefficient DES TRAVAUX
	D	00000000	00000000	
	B	00000000	00000000	MONTANTS DES SOINS
	G	35533411	11433553	DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
(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			



AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis  
مصحة جرادا الوازيس

Casablanca, le...

07/08/22

97<sup>me</sup> DAHBI Hafida

Pharmacie du Complexe Sportif  
Mme KADIRI HASSANI Fatima  
63, Rue Mamoun Mohamed  
Tél : 05 22 23 81 81

-

BACONYL

63130

2 gélules matin  
après le petit déj.

2 gélules sur le repas de midi

245,00

ALFLOREX

30130

1 gélule midi 1611

avant le dîj. x 30  
nouvelles

~~Dr. Ali JUDGHIRI~~  
Hépato-Gastro-Entérologue,  
46, Bd Prince Anzarane, Maroc  
Casablanca, Tél: 05 22 23 81 81

113, Bd. Abderrahim Bouabid, Oasis, Casablanca

Tél : 05 22 23 81 81 | 05 22 23 84 52/53/54 - Fax : 05 22 23 81 82

E-mail : direction@cliniquejerrada.ma

Site web : www.cliniquejerrada.ma



Gélule  
Voie orale

# Ballonyl<sup>®</sup>

Charbon activé



**COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE**  
Charbon activé ..... 162 mg.  
Excipients : ..... qsp 1 gélule.

## FORME ET PRÉSENTATIONS

Gélules

Boîte de 20, 30 et 60

## PROPRIÉTÉS

Ballonyl contient du charbon végétal activé. Grâce à son fort pouvoir adsorbant au niveau intestinal, il permet la capture des gaz, des toxines et des bactéries responsables de la fermentation.

Il possède un effet bénéfique sur le processus de digestion, en luttant contre les phénomènes de ballonnements et de flatulences.

## VOIE D'ADMINISTRATION ET UTILISATIONS

Voie orale

Prendre 2 gélules avec un grand verre d'eau, 3 fois par jour à distance des repas, en complément d'une alimentation variée et équilibrée. Renouveler les prises en fonction des sensibilités individuelles.

La posologie usuelle est de 4 gélules par jour. Sur les conseils de votre médecin ou de votre pharmacien, la posologie peut être portée à 6 gélules par jour.

## GROSSESSE ET ALLAITEMENT

D'une façon générale, il convient au cours de la grossesse et de l'allaitement de toujours demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien avant d'utiliser un produit.

## PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

Afin d'éviter d'éventuelles interactions nocives entre plusieurs substances, signaler à votre médecin ou à votre pharmacien tout traitement en cours.

Ne pas dépasser la dose recommandée.

Garder hors de portée des enfants.

A conserver dans un endroit sec et frais.

Autorisation ministère de santé n° : DA20181805313DMP/20UCAV1

# SYMBIOSYS® alflorex®

*pour le Syndrome de l'Intestin Irritable*

La paroi de l'intestin joue un rôle important dans la survenue des symptômes du Syndrome de l'Intestin Irritable (SII). La moindre perturbation de la barrière intestinale peut permettre à des éléments nocifs et à des agents pathogènes étrangers de pénétrer dans l'intestin et de causer des irritations.

De ce fait, l'intestin peut devenir irrité et sensible et entraîner des symptômes typiques du Syndrome de l'Intestin Irritable tels que :

- Ballonnements et gaz
- Douleurs abdominales
- Diarrhée et constipation

Alflorex® avec la souche unique *Bifidobacterium longum* (*B. longum*) 35624® a prouvé son efficacité dans la réduction des symptômes du Syndrome de l'Intestin Irritable. La souche

Alflorex® peut être pris au cours ou en dehors des repas, à n'importe quel moment de la journée. Avalez la gélule entière avec suffisamment de liquide (par exemple, un verre d'eau ou de lait plutôt que des boissons acides comme les jus). Le produit est à usage oral.

Les jus de fruits sont généralement acides et l'acidité peut causer des dommages sur la souche 35624®. Nous recommandons de prendre Alflorex® avec de l'eau ou du lait ou des boissons moins acides comme les laits de soja, d'amande ou de riz.

Néanmoins, Alflorex® peut être pris dans le cadre d'un repas avec un jus de fruits, car les aliments contribueront à protéger la souche Alflorex®.

Importateur Exclusif  
BIOCODEX MAROC  
B.P 126 Nouaceur  
www.biocodex.ma  
P.P.C.: 245,00 DH  
CE N°: 34757/2019/DMP

TOUSSES



AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis  
مصحة جرادة الوازيس

Casablanca, le..... 13/09

2022

D<sup>me</sup> DAHBI Hafid

---

- cholestérol HDL, LDL, T  
et Triglycérides

Dr. AH OUDGHIRI  
Hépatologue  
60, Bd Bir Anzarane, Maârif  
Casablanca - Tél: 05 22 25 18 18

LABORATOIRE DU COMPLEXE  
SPORTIF  
DR KADIRI HASSANI FATIMA  
Tél / Fax : 0522 39 53 7



AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis  
مصحة جرادا الوازيس

Casablanca, le... 07/09/22

Mr. DAHBI Hafid

- NFS vs CRP facielle
- Troubles més + DAT
- Une crise et le unique
- glycémie et les glycémies
- TSHs

LABORATOIRE DU COMPLEXE  
SPORTIF  
DR KADIRI HASSANI FATIMA  
Tél / Fax : 0522 39 53 73

Dr. Ali OUDGHIRI  
Hépato-Gastro-Entérologue  
46, Bd B. Anzarane, Maârif  
Casablanca - Tél : 0522 25 18 18  


# CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 29-07-2022

## Facture N° PreFacture

### A. Identification

N° Dossier : CJO22G29080154

N° Identifiant : 064142/22

**Nom & Prénom : M. RAJI AHMED**

C.I.N : B45615

Adresse : 16 RUE JORDANE ETG 4 APT BENJIDIA CASABLANCA

### C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

### D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 29-07-2022

Date Sortie : 29-07-2022

Traitements :

Médecin traitant : DR . ANESTHESISTE REANIMATEUR

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>PRESTATIONS</b>						
1	PANSEMENT (PETIT)		0,00			0,00
Total Rubrique :						
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
TOTAL GENERAL						
0,00						

ZERO DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

Signature de l'assuré

clinique jerrada oasis  
ADITAL



# Laboratoire d'analyses médicales du Complexe Sportif

## مختبر التحاليلات الطبية للمركب الرياضي

Dr KADIRI HASSANI Fatima  
Pharmacien biologiste  
Diplômée de l'université de Lille II France

INP:093003150

**Facture** 54970

Le : 08/09/2022

Analyses effectuées le: 08/09/2022

Pour.....: **Mme DAHBI HAFIDA EP EL OUAFI**

Sur prescription du : Dr OUDGHIRI ALI

Code.....: 0007673



Organisme.....: **CLIENT DE PASSAGE**

### Bilan:

NFS=B80 VS=B30 CRP=B100 FERRI=B250  
TGO=B50 TGP=B50 GGT=B50 UREE=B30  
CREAT=B30 AUR=B30 GLY=B30 HBA1C=B100  
TSH=B250

**Total : B 1080**

**Montant Net : 1470.00 Dh**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

**MILLE QUATRE CENT SOIXANTE DIX Dhs 00 Cts**

LABORATOIRE DU COMPLEXE  
SPORTIF  
DR KADIRI HASSANI FATHIMA  
Tél / Fax : 0522 39 53 73

⌚ Horaires d'ouverture : du Lundi au Vendredi de 7h45 à 18h30 / le samedi de 7h45 à 12h30

📞 Tél. : 05 22 39 53 73 / 06 62 79 43 88 - Fax.: 05 22 39 53 73 📩 laboratoireducomplexe@gmail.com

📍 63, Rue Mamoun Mohamed - Mâarif - Casablanca



# Laboratoire d'analyses médicales du Complexe Sportif

## مختبر التحاليلات الطبية للمركب الرياضي

Dr KADIRI HASSANI Fatima  
Pharmacien biologiste  
Diplômée de l'université de Lille II France

**Facture** 55035

INP:093003150

Le : 14/09/2022

Analyses effectuées le: 14/09/2022

Pour.....: **Mme DAHBI HAFIDA EP EL OUAFI**

Sur prescription du : Dr OUDGHIRI ALI

Code.....: 0007673



Organisme.....: **CLIENT DE PASSAGE**

### Bilan:

CHOLT=B30 HDL=B40 LDL=B40 TRIGL=B60

**Total : B 170**

**Montant Net : 250.00 Dh**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

**DEUX CENT CINQUANTE Dhs 00 Cts**

LABORATOIRE DU COMPLEXE  
SPORTIF  
DR KADIRI HASSANI FATIMA  
Tél / Fax : 0522 39 53 73

# CLINIQUE JERRADA OASIS

**NOM DU PATIENT :** Mme DAHBI HAFIDA  
**DATE DE NAISSANCE :** 13/02/1953  
**CJO22I07125945**



Reçu N°: 121990

Paiement du 07/09/2022 13h39

**Actes**

**Montant**

**700,00 Dh**

**Type de paiement**

**Espèce**