

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13121

Société : Q.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Joudati Mohammed Reda

Date de naissance : 25/10/89

Adresse :

Tél. : 0661776408

Total des frais engagés : 488,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/09/22

Nom et prénom du malade : Joudati

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Age :  Enfant

Nature de la maladie : V.S.

En cas d'accident préciser les causés 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 : 17/09/22



## 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
NT 03/03/2023	03		300,00	03/03/2023 Médecin : Dr. A. B. C. Signature : [Signature]
03/03/2023	02			

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MECQUA 119, Avenue de la Mecque Casablanca - Maroc Tél: 212 52 59 48 / Fax: 212 52 59 48	17/09/22	182,20

**montant de la Facture**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## **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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

A circular diagram showing the numbers 1 through 8 arranged in a circle. The numbers are positioned as follows: top (H) has 1; top-right has 2; right has 3; bottom-right has 4; bottom (G) has 5; bottom-left has 6; left has 7; top-left has 8. A vertical arrow points upwards from the center to the number 1 at the top, and another vertical arrow points downwards from the center to the number 1 at the bottom. A horizontal arrow points to the left from the center to the number 8 at the top-left, and another horizontal arrow points to the right from the center to the number 8 at the bottom-right.

D ————— |—————  
00000000 00000000  
35533411 11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Hanane Benkhadra Benabderrazik  
**pédiatre spécialiste**

*diplômée de la faculté de médecine de Liège Belgique,*



de pédiatrie

**مقدمة**  
لخصاصية في أمراض الأطفال والرضيع  
خريجة كلية الطب بلبيه (بلجيكا)

CASABLANCA, le 17.09.2022

**Nourrisson Joudat Hady**  
Age : 10 mois 29 jours  
Poids : 11,81 Kg

71.50

#### **1 OSCILLOCOCCINUM globule : 6Doses**

1 dose 2/j pendant 3 jours

99,00

## 2 STERIMAR BABY

Faire 1 pulvérisation le matin, à midi et le soir, pendant 7 jours.

### 3 COQUELUSEDAL SUPPO NRSS

17,70 Prendre 1 suppositoire le matin et le soir, pendant 3 jours.

21 20  
PHARMACIE MECQUA  
119, Avenue de la Mecque  
Californie - Casablanca  
Tél.: 05 22 50 50 10 - 05 22 50 10 55

Dr Hanane BENKHADRA

Casablanca, le-----

416، أنوال كابيتال شارع عبد المؤمن زاوية شارع أنوال المدخل A المكتب رقم 9 الطابق الأول - الهاتف: 05 22 86 37 27 - 06 59 93 11 11 - بالموعد.

— [benkhadrahanan@gmail.com](mailto:benkhadrahanan@gmail.com) — **Urgence :** 06.63.05.28.12 — المستعجلات : Sur rendez-vous —

Ne présente jamais COAULELUSDEDAL PARACETAMOL 250 et 500 mg, sauf dans  
l'inflammation récente ou si l'effet de l'anti-inflammatoire est insuffisant.

• maladie grave du foie.

• allergie connue au paracetamol.

Ne présente jamais COAULELUSDEDAL PARACETAMOL, sauf dans les cas suivants :

2. OAULELUSDEDAL PARACETAMOL, sauf dans les cas suivants :

2. OAULELUSDEDAL PARACETAMOL, sauf dans les cas suivants :

Pour les enfants ayant un poids différent, il existe d'autres présentations de paracetamol

(soit environ 8 ans), lire alternativement la rubrique "Posologie".

COAULELUSDEDAL PARACETAMOL 500 mg est réservé à l'enfant à partir de 25 kg

environ 15 à 20 kg).

COAULELUSDEDAL PARACETAMOL 100 mg est réservé à l'enfant de 5 à 8 kg (soit environ 2 à 9 mois).

- le traitement de la fièvre au cours des affections bronchiques aigües bénignes telles que la toux,

- dentaires, courbatures,

- le traitement de la douleur et/ou fièvre telles que malax de tête, e

Il est indiqué dans :

Ce médicament est un antipyétique, antalgique et antitussif.

CAS EST-IL UTILE ?

1. OU EST-CE QUE COAULELUSDEDAL PARACETAMOL, sauf

6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

5. COMMENT CONSERVER COAULELUSDEDAL PARACETAMOL, su

4. OUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES EVENTUELS ?

3. COMMENT UTILISER COAULELUSDEDAL PARACETAMOL, sauf

2. OAULELUSDEDAL PARACETAMOL, sauf dans les

1. OU EST-CE QUE COAULELUSDEDAL PARACETAMOL, sauf

NE LAISSEZ PAS CE MÉDICAMENT À LA PORTÉE DES ENFANTS

avoir besoin de la fièvre.

• Cette notice est pour vous aider à bien utiliser ce médicament.

• Si les symptômes persistent, il s'agit d'un signe de nouveau prescrit d'un médecin.

• Ce médicament peut être utilisé en automédication, c'est-à-dire

si vous avez d'autres questions, si vous savez un doute, demandez à votre pharmacien.

informations importantes pour votre traitement.

Veillez lire cette notice avant d'utiliser ce médicament. Elle contient des

COAULELUSDEDAL PARACETAMOL 100 mg, sauf dans les

COAULELUSDEDAL PARACETAMOL 250 mg, sauf dans les

COAULELUSDEDAL PARACETAMOL 500 mg, sauf dans les

6 118000 020349

AMM N° 4819/04MP/21/NR/ODIN  
NUMBERSONS - T2 SUPPOSITOIRES  
COAULELUSDEDAL PARACETAMOL 100 mg

COAULELUSDEDAL PARACETAMOL 250 mg

COAULELUSDEDAL PARACETAMOL 500 mg

~~BOTTU SA~~  
PPV : 71 DH 50

~~cinum~~

CIP: 34001325281107

LOT: 160341

EXP.: 03/2025

## DOSE

### COMPOSITION

ré de foie et de cœur d'Anas barbariae dynamisé à la 200<sup>e</sup> K.  
ents (saccharose, lactose) q.s.p. 1 dose globules de 1 g.

### INDICATIONS ET PROPRIÉTÉS

États grippaux.

Oscillococcinum est un médicament homéopathique.

### PRÉSENTATIONS

Dose-globules de 1 g environ.

Boîte de 1 dose, boîte de 6 doses ou boîte de 30 doses.

### MODE D'EMPLOI

Laisser fondre sous la langue le contenu entier du tube-dose.

Pour les nourrissons : laisser fondre dans un peu d'eau  
et donner à la cuiller ou au biberon.

Prendre Oscillococcinum à distance des repas,  
1/4 d'heure avant ou 1 heure après.

**Oscillococcinum sera d'autant plus efficace et rapide d'action  
qu'il sera pris de façon précoce,  
dès les premiers symptômes de l'état grippal.**

### POSOLOGIE USUELLE

La posologie varie selon le moment où l'on intervient :

- **Pendant la période hivernale :**  
prendre une dose par semaine.

- **État grippal à son début :**

prendre une dose le plus tôt possible.

Répéter éventuellement 2 à 3 fois à 6 heures d'intervalle.

- **État grippal déclaré :**

prendre une dose matin et soir pendant 1 à 3 jours.