

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

- Réclamation : 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.

M23-0015323

SN

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 18274

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Age:

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 M23-015323

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

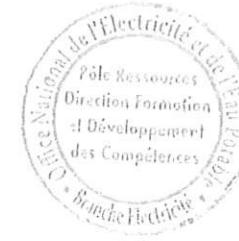


Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



Etat des remboursements médicaux BCSS libre choix

Année 2023

Mle	Num Dossie	Nom Per	Prenom Per	Raison Sociale Executant	Lib Specialite Defaut Executant	Montant facture	BCSS	CMCAS	Mtt Remb
79075	915840	KETTANI	ISMAIL	ORTHOPHONIE	Orthophonie	400,00	126,00	24,00	150,00
79075	920505	KETTANI	MEHDI	CHIRURGIE DENTAIRE	CHIRURGIE DENTAIRE	1 000,00	540,00	160,00	700,00
79075	902819	KETTANI	MEHDI	PEDIATRIE	PEDIATRIE	300,00	100,80	19,20	120,00
79075	947892	KETTANI	ISMAIL	ORL / OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	ORL OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	450,00	100,80	19,20	120,00
79075	947895	KETTANI	ISMAIL	ORL / OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	ORL OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	400,00	100,80	19,20	120,00
79075	536725A	KETTANI	ISMAIL	PEDIATRIE	PEDIATRIE	250,00	100,80	19,20	120,00
79075	947899	KETTANI	YOUSSEF	OPHTALMOLOGIE	OPHTALMOLOGIE	300,00	100,80	19,20	120,00
79075	915845	KETTANI	YOUSSEF	BIOLOGIE MEDICALE	LA BIOLOGIE MEDICALE	293,00	168,00	32,00	200,00
79075	915845	KETTANI	YOUSSEF	DERMATOLOGIE-VENEROLOGIE	DERMATOLOGIE-VENEROLOGIE	400,00	100,80	19,20	120,00
79075	947887	KETTANI	MEHDI	CHIRURGIE DENTAIRE	CHIRURGIE DENTAIRE	1 000,00	411,60	118,40	530,00
79075	902803	KETTANI	MEHDI	PEDIATRIE	PEDIATRIE	300,00	100,80	19,20	120,00
79075	902806	KETTANI	ISMAIL	CLINIQUES	CLINIQUES	300,00	100,80	19,20	120,00
79075	947890	KETTANI	ISMAIL	CLINIQUES	CLINIQUES	1 500,00	638,40	121,60	760,00
79075	947890	KETTANI	ISMAIL	ORL / OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	ORL OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	500,00	100,80	19,20	120,00
79075	920503	KETTANI	ISMAIL	ORTHOPHONIE	Orthophonie	5 000,00	840,00	160,00	1 000,00
79075	915856	KETTANI	ISMAIL	ORTHOPHONIE	Orthophonie	5 000,00	840,00	160,00	1 000,00
79075	902814	KETTANI	ISMAIL	PEDIATRIE	PEDIATRIE	300,00	100,80	19,20	120,00
79075	902815	KETTANI	MEHDI	ORL / OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	ORL OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	2 100,00	1 226,40	233,60	1 460,00
79075	915843	KETTANI	ISMAIL	PEDIATRIE	PEDIATRIE	300,00	100,80	19,20	120,00
79075	915859	KETTANI	ISMAIL	PEDIATRIE	PEDIATRIE	300,00	100,80	19,20	120,00
79075	915859	KETTANI	ISMAIL	PHARMACIE	PHARMACIE	44,30	37,21	7,09	44,30
79075	915852	KETTANI	ISMAIL	CHIRURGIE DENTAIRE	CHIRURGIE DENTAIRE	350,00	33,60	6,40	40,00

Etat des remboursements médicaux BCSS libre choix
Année 2023

Mle	Num Dossier	Nom Per	Prenom Per	Raison Sociale Executant	Lib Specialite Defaut Executant	Montant facture	BCSS	CMCAS	Mtt Remb
79075	915854	KETTANI	ISMAIL	ORL / OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	ORL OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	250,00	100,80	19,20	120,00
79075	920507	KETTANI	ISMAIL	ORL / OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	ORL OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	300,00	100,80	19,20	120,00
79075	536724	KETTANI	YOUSSEF	DERMATOLOGIE-VENEROLOGIE	DERMATOLOGIE-VENEROLOGIE	300,00	100,80	19,20	120,00
79075	536719	KETTANI	ISMAIL	PSYCHIATRIE	PSYCHIATRIE	500,00	127,68	24,32	152,00
79075	915853	KETTANI	MEHDI	CLINIQUES	CLINIQUES	400,00	100,80	19,20	120,00
79075	915833	KETTANI	ISMAIL	ORL / OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	ORL OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	250,00	100,80	19,20	120,00
Total:						22 787,30	6 702,49	1 373,81	8 076,30



المكتب المشترك للضمان الاجتماعي

BUREAU COMMUN DE SECURITE SOCIALE

المكتب الوطني للكهرباء والماء الصالح للشرب "قطاع الكهرباء"

Office National de l'Electricité et de l'Eau Potable «Branche Electricité»

صندوق البريد 13498 - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.66.80.80 - 05.22.22.41.65

B.P. 13498 - CASABLANCA - Tél.: 05.22.22.41.65 - 05.22.66.80.80

ورقة العلاجات

FEUILLE DE SOINS

رقم المرجع

N° de Référence

N° 915859

متقاعد - في الخدمة المدنية - متدرّب - مؤقت - إطار عالي
Hors Classification - Temporaire - Stagiaire - Civiliste - Retraité

الرقم التسلسلي Matricule ٤٩٠١٤٦٥٤٦٧ الإدارة Direction DFC القسم Division

الإسم العائلي Nom KETTANI الإسم الشخصي Prénom Yousef

DEMANDER : l'accord préalable pour toute intervention chirurgicale, prothèse dentaire et soins spéciaux de longue durée

اطلبوا : الموافقة المسبقة قبل إجراء أي عملية جراحية، أو تركيب جهاز اصطناعي للأنسنان أو الشروع في أي علاجات خاصة طويلة المدى

هوية المريض
IDENTITE DU MALADE

المنخرط Adhérent _____

زوجة Conjoint _____ الإسم الشخصي Prénom _____ تاريخ الإزدياد Date de naissance _____

ابناؤه Enfants _____ الإسم الشخصي Prénom _____ تاريخ الإزدياد Date de naissance _____

في حالة الجرح
En cas de blessure

أشهد بشرف على صحة المعلومات المبنية بهذا المطبوع
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés

الرجو إلحادق هذه الورقة بتصريح يوضح ظروف الحادث
وتتوقيعه كذلك من طرف الشهود الإحتماليين

Prière de joindre au présent bulletin une déclaration relatant les circonstances de l'accident et la faire contresigner par les éventuels témoins.

توقيع المنخرط
Signature du mutualiste

T. BESS le 17-5-2023
Signature DFC 1/2023

إطار خاص بالخدمات الطبية

Partie réservée aux actes médicaux

تاریخ إجراء الأعمال الطبية Date des actes médicaux	بيان الخدمات وفق قائمة الأعمال الطبية Désignation des actes suivant nomenc	تسليم ورقة الكشف Délivrance d'une ordonnance	فحوص والتحليلات الموصوفة Examens et analyses prescrits	مبلغ الأتعاب Honoraires perçus	توقيع الطبيب Signature et cachet du medecin
23.12		تم		2000/-	Dr. Rachid El Ghazi Professeur de Pédiatrie Espace Marocain de Santé st Aboubakr Al Maghraibi Tal: 06 22 93 63 03
26.12					

الفحوص والتحليلات الموصوفة

Examens et analyses prescrits

تاریخ اجراء الأعمال الطبية Date des actes médicaux	نوعية الفحص أو التحليل Nature de l'examen ou de l'analyse	الضارب حسب قائمة الأعمال الطبية Coefficient suivant nomenclature	مبلغ الأتعاب Honoraires perçus	توقيع الطبيب وخاتم المؤسسة الصحية Signature du médecin et cachet de l'établissement

إطار خاص بالأعمال الطبية العادي

Partie réservée aux actes médicaux courants

التاريخ Date	الأعمال المزاولة Actes pratiqués	العدد Nombre	الثمن P.U.	الثمن الإجمالي Prix Total	الدواء المستعمل Médicaments utilisés	خاتم وتوقيع القائم بالأعمال Cachet signature du praticien

ENTENTE PRÉALABLE

الموافقة المسبقة

Pour - Hospitalisation

- Intervention chirurgicale
- Soins spéciaux

- لـ الاستشفاء
- عملية جراحية
- العلاجات الخاصة

Nature de l'acte médical	نوعية العمل الطبي	Montant	المبلغ

إطار خاص بالصيدلي أو النظاراتي

Partie réservée au Pharmacien ou à l'Opticien

فاتورة الصيدلي أو النظاراتي
Facturation du Pharmacien ou de l'Opticien

رقم ترتيب الدواء الموصوف في تذكرة الطبيب
N° d'ordre de la prescription sur l'ordonnance

توقيع وخاتم الصيدلي أو النظاراتي
Signature et Cachet du Pharmacien
ou de l'Opticien

Coller ici les vignettes, ou les étiquettes de prix dans l'ordre de la prescription

في حالة عدم وجود القسام يجب
سحب الأمونة بالمطبوعات الخاصة
بيانات الأدوية

A défaut des vignettes les prospectus doivent être obligatoirement joints aux étiquettes de prix.

المبلغ الإجمالي للمنتجات

28880

المبلغ المؤدى فعلا
Somme effectivement perçue

تاریخ التذکرة الطبیّة

تاریخ الفاتورة
Date de la facture



مركز المدفوعات

SANS CONTACT

26/12/22 19:12:35
9900767691
97676901
PHARMACIE TALLAGHT MARRA
Marrakech

A0000000041010
APP : MASTERCARD
xxxxxxxxxxxx1314
CARTE NATIONALE
54C707DAF274EBD1
201-0-9999-1-55

MONTANT: 382,20 MAD

NUM TRANSACTION : 006
NUM AUTORISATION: 346400
STAN : 000560

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT

Information importante à lire attentivement

Systral® Crème

Agent antiallergique et antihistaminique d'action antiprurigineuse, rafraîchissante et calmante rapide

Composition :

1g de Crème contient :
Chlorphénoxamine chlorhydrate 15 mg
dans une émulsion H / E dermo-affine

Propriétés et indications :

L'application locale du Systral s'est révélée particulièrement utile dans les affections cutanées d'origine allergique accompagnées de démangeaisons telles que l'urticaire, éczéma aigu, brûlures légères, érythème solaire, brûlures de méduse, piqûres d'insectes et engelures.

Assure le soulagement rapide et prolongé des symptômes pénibles.

Systral Crème présente une excellente tolérance locale même au niveau de la peau sensible.

Systral Crème peut être réparti facilement, pénètre vite et assouplit la peau gercée.

Administration et posologie :

Systral Crème peut être appliquée plusieurs fois par jour sur la région cutanée à traiter.

Systral Crème est miscible à l'eau et facile à enlever.

Le traitement externe peut être complété par l'administration de Systral dragées.

Effets secondaires : n'existent pas pour l'emploi approprié.

Incompatibilités et risques : n'existent pas pour l'emploi approprié.

Remarque :

Systral® Crème

Sur les surfaces (p. ex. en cas de brûlures et piqûres) et sur les enfants et petits enfants ; il est alors recommandé de consulter un médecin.

PPV 16DH60
EXP 05/2027
LOT 24046 2



ZYRTEC® 10 mg, comprimé pelliculé sécable
ZYRTEC® 10 mg/ml, solution buvable en gouttes
ZYRTEC® 1 mg/ml, solution buvable en flacon

Dichlorhydrate de cétirizine

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
 - Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
 - Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
 - Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Dans cette notice :

1. QUEST-CE QUE ZYRTEC ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?
 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE ZYRTEC ?
 3. COMMENT PRENDRE ZYRTEC ?
 4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
 5. COMMENT CONSERVER ZYRTEC ?
 6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

1. QU'EST-CE QUE ZYRTEC ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?

Le dichlorhydrate de cétirizine est la substance active de ZYRTEC.

ZYRTEC est un médicament antihistaminique utilisé dans le traitement de l'allergie.

ZYRTEC solution buvable en gouttes et Zyrtec solution buvable en flacon sont indiqués chez l'adulte et l'enfant à partir de 2 ans :
ZYRTEC comprimé est indiqué chez l'adulte et l'enfant à partir de 6 ans :

- Pour le traitement des symptômes nasaux et oculaires de la rhinite allergique saisonnière ou perannuelle.
 - Pour le traitement des symptômes de l'urticaire.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE ZYRTEC ?

Ne prenez jamais ZYRTEC

- Si vous avez une maladie grave des reins (insuffisance rénale)
 - Si vous êtes allergique au dichlorhydrate de cétirizine (SUPPLEMENTAIRES), à l'hydroxyzine ou aux dérivés de

Faites attention avec ZYRTEC.

Faites attention avec ZYRTEC
Si vous avez une insuffisance rénale, demandez conseil déterminée par votre médecin.

Si vous êtes épileptique ou si vous présentez des risques
Il n'a pas été observé d'interaction spécifique entre la cét
mille (g/l) et _____ (dant à un verre de vin).

Toutefois, au

**Il est recom-
Si vous dev-
réalisation :**

Prise d'au
Informez v

Aliments

Grossesse et allaitement

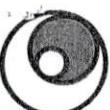
Si vous êtes enceinte ou que vous alliez, si vous pensez à pharmacien avant de prendre ce médicament.

L'utilisation de ZYRTEC doit être évitée pendant la grossesse. Cependant, ce médicament devra être administré uniquement si



ne dose inférieure. La posologie adaptée sera la concentration sanguine d'alcool de 0,5 pour cent, comme avec tout autre antihistaminique, prendre ce médicament au moins 3 jours avant leur des tests pour le diagnostic de l'allergie.

ese, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.


**Cabinet
de
Pédiatrie**

الأستاذة رشيدة شامي و الأستاذة فاطنة سهيل
Professeur Fatna Souhail & Professeur Rachida Chami
Professeurs de l'Enseignement Supérieur de Pédiatrie
Faculté de Médecine de Casablanca

Pédiatrie Générale, Néonatalogie, Pneumologie, Asthme
Exploration et prise en charge des allergies de l'enfant

23.12.2022

Casablanca, le

KETTANI Ismail

22/12

1 ZYRTEC SIROP



1 mesure matin et soir pendant 3 ou 4 jours
puis uniquement le soir pendant 1 semaine

Ab/65

2 SYSTRAL CREME



1 application 3 fois par jour sur les lésions qui grattent

24/12

3 LIPIKAR SYNDET AP+

1 application au coucher

28/12

Dr. Rachida CHAMI
Professeur en Pédiatrie
Ecole Modarif, Angle Brahim Roudani et
Abdou Ishak Al Marouni - Casablanca
06 22 99 63 63 / 06 41 48 45 49
INPE: 091157222

340, Résidence Maarif, Angle Bd. Brahim Roudani et Rue Abdou Ishak Al Marouni
Tél. : 05 22 99 63 63 / 06 76 99 71 70 - Fax : 05 22 25 38 09 - Mobile : 06 61 439 659

⑥