

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12274

Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Cuorras

Date de naissance : 05/12/78

Adresse : 478, rue des Etoiles, California
Cofr Bent Ville rate, Béchida

Tél : 062274273 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Complément MUPRAS Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

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 : Casab

Le : 03/01/24

Signature de 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

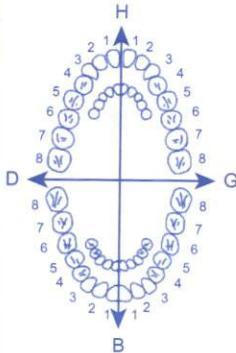
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Cœfficient								
 O.D.F PROTHESES DENTAIRES											
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412 21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: left;">35533411 11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412 21433552	D	00000000 00000000	B	00000000 00000000	G	35533411 11433553
H	25533412 21433552										
D	00000000 00000000										
B	00000000 00000000										
G	35533411 11433553										
Coefficient des travaux Montants des soins Date du devis Date de l'exécution											
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS											
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION											

Etat des remboursements médicaux BCSS
Fin novembre 2023



Date Paiement	Mle	Nom Per	Prenom Per	Num Dossier Soins	Raison Sociale Executant	Lib Specialite Defaut Executant	Mtt Depense	BCSS	CMCAS	Mtt Remb
17/10/2023	00079075	KETTANI	ISMAIL	922486	ORTHOPHONIE	Orthophonie	5 000,00	840,00	160,00	1 000,00
17/10/2023	00079075	KETTANI	ISMAIL	922485	ORL / OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	ORL OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	300,00	100,80	19,20	120,00
17/10/2023	00079075	KETTANI	MEHDI	922484	GASTROLOGIE - HEPATHO-BILIAIRE	GASTROLOGIE-HEPATOBILAIRE	300,00	100,80	19,20	120,00
17/11/2023	00079075	KETTANI	ISMAIL	915836	PEDIATRIE	PEDIATRIE	350,00	100,80	19,20	120,00
17/11/2023	00079075	KETTANI	ISMAIL	915836	PHARMACIE	PHARMACIE	135,30	113,65	21,65	135,30

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»

مندوق 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

رقم المرجع
N° de Référence

ورقة العلاجات

FEUILLE DE SOINS

N° 915836

متقاعد - في الخدمة المدنية - متدرب - مؤقت - إطار عالي

Hors Classification - Temporaire - Stagiaire - Civiliste - Retraité

الرقم التسلسلي Matricole ٧٩٠٧١٢٤ الإدارية Direction DFC القسم Division

الإسم العائلي Nom KETTANI الإسم الشخصي Prénom Youssef

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 إصطناعي للأنسان أو الشروع في أي علاجات خاصة طولية المدى

هوية المريض

IDENTITE DU MALADE

المنخرط Adhérent _____

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

أبناء Adhérent _____ الإسم الشخصي Prénom _____ تاريخ الازدياد Date de naissance _____

في حالة الجرح

En cas de blessure

هل يتعلق الأمر بحادث تسبب فيه الغير؟

S'agit-il d'un accident occasionné par tiers ? _____ J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés

أشهد بشرف على صحة المعلومات المبنية بهذا المطبوع

المرجو إلحادك هذه الورقة بتصریح یوضّح ظروف الحادث
وتوقيعه 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

hors service Bc 881 siège par b.d N° 17067 / 2023
921 101 2023

إطار خاص بالخدمات الطبية

Partie réservée aux actes médicaux

تاریخ اجراء الأعمال الطبية Date des actes médicaux	بيان الخدمات وفق قائمة الأعمال الطبية Désignation des actes suivant nomenci	تسليم ورقة الكشف Délivrance d'une ordonnance	فحوص والتحليلات الموصوفة Examens et analyses prescrits	مبلغ الأتعاب Honoraires perçus	توقيع خاتم الطبيب Signature et cachet du médecin
٢٠١٣/١٢/٢٥		٢٩٤٦٥		٣٨٦٧	DR SALLAMA MOUSSI Signature et cachet du médecin

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 الصحيحة 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

ل - 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

المبلغ الإجمالي للمنتوجات

Somme effectivement perçue

تاريخ التذكرة الطبية
Date de l'ordonnance

تاریخ الفاتورة
Date de la facture

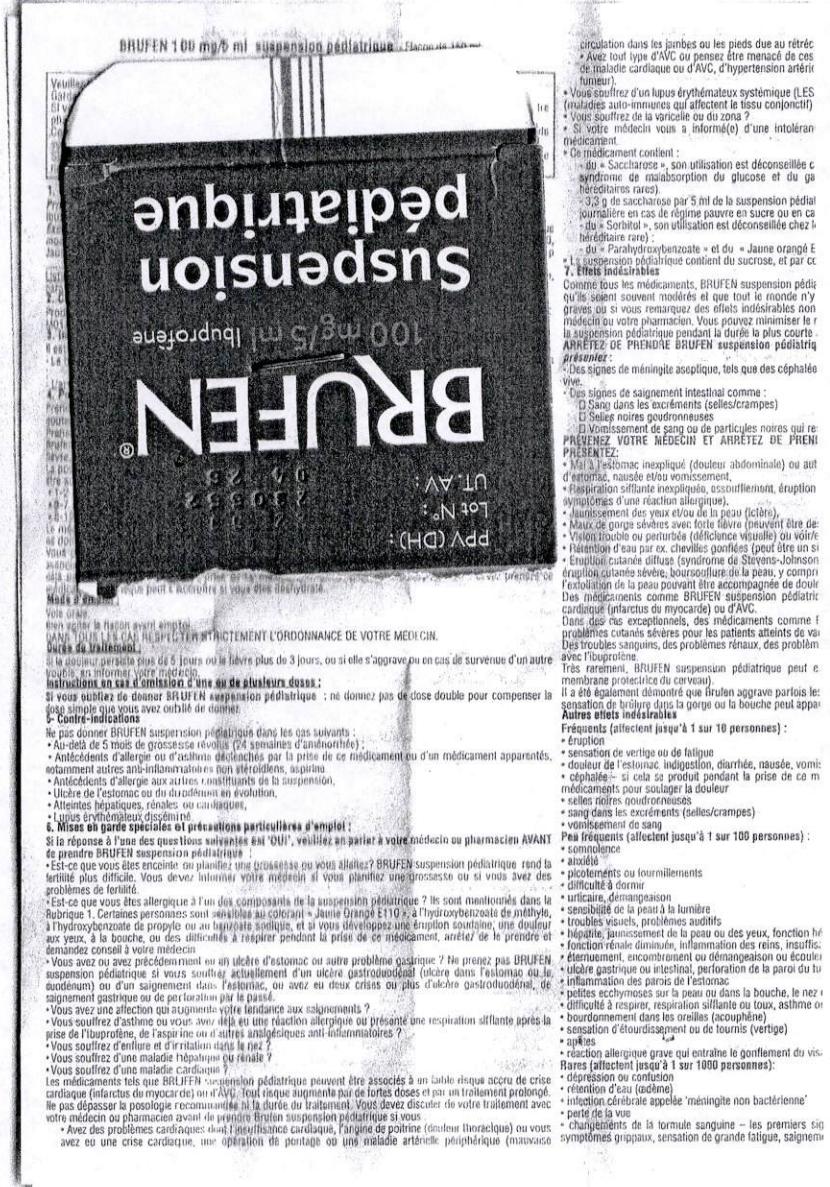
توقيع وخاتم الصيدلي أو النظاراري
Signature et Cachet du Pharmacien
ou de l'Opticien

الصفوا هنا قسائم وبطاقات الأثمان
حسب ترتيب الدواء الموصوف

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

في حالة عدم وجود القسمين يجب
صح الأمانة بالمطبوعات الخاصة
بيانات الأدوية

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



BIOMYLASE®
Comprimés pelliculés ; Boîte de 24
Sirop ; Flacon de 125 ml
Alpha-amylase

- 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.
- 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.

IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT

Composition qualitative et quantitative

Comprimé :	Pour 1 Cp enrobé
Alpha-amylase *Soit 2142.9 Unités Pharmacopée Européenne par Comprimé.	3000 U CEIP*
Excipients	q.s.p.....1 Cp

Sirop :	Pour 1 ml de sirop
Alpha-amylase *Soit 142.86 Unités Pharmacopée Européenne par ml de sirop.	200 U CEIP*
Excipients	Q.S.P.....

EXCIPENT A EFFET NOTOIRE

Comprimé : Saccharose et Jaune orangé
Sirop : Saccharose, Glycerol, Parahydroxyde de méthyle sodique (E219).

Classe pharmaco-thérapeutique

Ce médicament appartient à la classe de DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT Ce médicament est indiqué dans les mauvais comment utiliser ce médicament

Posologie

• Comprimé :
Adulte: 1 Comprimé, 3 fois par jour au coeur.
• Sirop :
Adulte: 1 cuillère à soupe (15 ml), 3 fois par jour.
Enfant de plus de 3 ans (plus de 15 kg): 2 cuillères à soupe (30 ml).
Nourrisson et enfant de 6 mois à 3 ans (7 kg): 1 cuillère à soupe (15 ml).

Mode et voie d'administration

Voie orale.

Avaler les comprimés, sans les croquer, avec une boisson.

Durée du traitement

Pour les comprimés : Ne prolongez pas le traitement. En l'absence d'amélioration comme en cas de diabète, ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT

Ne prenez jamais BIOMYLASE :

• En cas d'antécédents d'allergie à l'alpha-amylase (cas du sirop).

EN CAS DE DOUCEUR, IL EST INDISPENSABLE DE CONSULTER VOTRE PHARMACIEN.

EFFETS NON SOUHAITÉS ET GENANTS

Comme tous les médicaments, BIOMYLASE peut causer des effets indésirables.

Il est recommandé de consulter votre pharmacien si ces effets surviennent pas systématiquement chez tout le monde.



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

	Pour un suppositoire
Doliprane 100mg : paracétamol	100 mg
Doliprane 150mg : paracétamol	150 mg
Doliprane 200mg : paracétamol	200 mg
Doliprane 300mg : 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 - ANTIPIRÉTIQUE

(N : Système nerveux central)

DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

Ce médicament est indiqué en cas de douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures.

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

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 du rectum
- En cas de doute, il est indiqué de consulter un médecin.

MISES EN GARDE SPÉCIALES

Ce médicament contient du paracétamol. Ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

Si la douleur persiste plus de 3 jours ou si elle s'accompagne de tout autre signe, ne pas cesser de prendre le médicament.

En cas de doute ne pas hésiter à consulter un médecin.

INTERACTIONS MÉDICALEMENTS

Signaler la prise de Doliprane à votre pharmacien pour évaluer la glycémie.



cou de