

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 canaux, 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 canaux.

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.

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° W21-775891

446222

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8783 Société : R A M

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL KASSIMI MOHAMED

Date de naissance : 22-12-1966

Adresse : 8 RES ESSALIM Bd OUYADHI MAZOUZA CASABLANCA

Tél. : 066155656 Total des frais engagés : 129,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. CHBANI Abdellah
Médecin du Travail
Hôpital My Youssef - Casa
INPE : 91031500

Date de consultation : 02-01-2023

Nom et prénom du malade : EL KASSIMI Mohamed Age : 56ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection respiratoire

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.

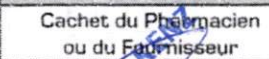
Fait à : Casablanca Le : 02/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
	CA		Gr	INP : 091031500 Dr. CHBANI Abdellah Médecin du Travail Hôpital M. Youssef, Casa INPE : 91031500

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/07/23	232,500dh.

ORDONNANCE

Dr. CHBANI Abdellah
Médecin du Travail
Hôpital My Youssef - Casa
INPE : 91031500

Casa Le 02-01-2023



M ELKASSIMI Mohamed

fg. 70 x 2 / A ZIX 500 n°2
1 q / j pdt 8 j



20 - 2 / Doligrippe sachet
1 sachet x 3 / j



53 / 10 - Relaxo 500
1 q x 3 / j

T = 232,50 d/f

PHARMACIE DAR EL KENZ
DR. BIDA Rajaa
Résidence Dar El Kenz
101-1 Imm E2 - DAR BOUAZZA
Tél : 05 20 13 28 69
INPE : 092 04645

Dr. CHBANI Abdellah
Médecin du Travail
Hôpital My Youssef - Casa
INPE : 91031500

[Signature]

زيتروماكس*

أزيتروميسين

أقراص – مزيج معلق للشرب – أكياس (مسحوق لمزيج معلق للشرب)

تعليمات علاجية :

زيتروماكس مضاد حيوي من صنف الأزيد منسوب للماكروليد. زيتروماكس له فعالية على النوع

مضادات الاستطباب :

– حساسية للأزيتروميسين أو أي ما
– ضعف في وظيفة الكبد.

تنبيه :

– في حالة أي ردود فعل حساسية
حساسية عند الاستطباب بالمضاد
أمام عدم وجود معطيات علمية، يا

احتياطات الاستعمال

– يجب إحاطة علم الطبيب المعالج
• ضعف في وظيفة الكبد.
• ردود فعل حساسية.
• اضطرابات جلدية ناجمة عن حالة

التأثيرات الجانبية :

– اضطرابات هضمية : غثيان، قيء
– ردود فعل حساسية : حكة، طفح

المقادير :

– التقيد بوصفة الطبيب

– للبالغين والأطفال الذين يزيد وزنهم عن 45 كغ : قرص واحد من عيار 500 ملغ في اليوم لمدة 3 أيام.
– للأطفال الذين يقل وزنهم عن 45 كغ : 10 ملغ/كغ وزنا يوميا مدة 3 أيام.

كيفية الاستعمال :

Pfizer

زيتروماكس
أزيتروميسين

3 أقراص / 500 mg

ZITHROMAX 500 mg
3 comprimés



P.P.V.

UTAV : 07 2024

LOT N° : G J 8 5 9 1

09366030/4

79 70

زيتروماكس*



أزيتروميسين

أقراص - مزيج معلق للشرب - أكياس (مسحوق لمزيج معلق للشرب)

تعليمات علاجية :

زيتروماكس مضاد حيوي من صنف الأزلويد منسوب للماكروليد. زيتروماكس له فعالية على التعفنات الناجمة عن جراثيم يؤثر عليها.

مضادات الاستطباب :

- حساسية للأزيتروميسين أو أي ماكروليد.
- ضعف في وظيفة الكبد.

تنبيه :

- في حالة أي ردود فعل حساسية.
- حساسية عند الاستطباب بالضم.
- أمام عدم وجود معطيات علمية.

احتياطات الاستعمال

- يجب إحاطة علم الطبيب المع.
- ضعف في وظيفة الكبد.
- ردود فعل حساسية.
- اضطرابات جلدية ناجمة عن حال.

التأثيرات الجانبية :

- اضطرابات هضمية : غثيان، ق.
- ردود فعل حساسية : حكة، ط.

المقادير :

- التقيد بوصفة الطبيب
- للبالغين والأطفال الذين يزيد وزنه
- للأطفال الذين يقل وزنه عن 45 كغ

كيفية الاستعمال :



ZITHROMAX 500 mg 3 comprimés



6 178000 250500

P.P.V.

UT.AV.: 07 2024

79 70

LOT N°: GJ8591

09366030/4

مدة 3 أيام



PPV:20DH00

PER:07/25

LOT:L2619

9

10. *Utricularia* - 10

82. $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2} - \frac{1}{2} \log \frac{1}{2} = 0$

بسم الله الرحمن الرحيم

ਅੰਤਰਿਕ ਸ਼ਕਤੀ



יחזקאל



אֲנִי מְבַרְכֶּךָ וְעוֹלָם יִשְׂרָאֵל

संस्कृत-संज्ञा

۲۵۲

የገንዘብ

بَارِئًا مَعَهُمْ - مَالِكٌ - سَيِّدٌ - فَتَيَاتٌ - فَتَيَاتٌ - فَتَيَاتٌ