

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.

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

M22- 0053185

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1005 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BAANTAR Abdelouahab
 Date de naissance : 19 Janvier 1950
 Adresse : 22 Bd JACQUES EL MANJILI, Résidence Almaf, im B12 APP 9 Casablanca 20000
 Tél. : 06 70 57 7042 Total des frais engagés : 808,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

INPE 09/130740

Date de consultation : 19/10/2023

Nom et prénom du malade : BAANTAR Abdelouahab

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

Nature de la maladie : affection

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 : Casablanca Le : / /
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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
19.10.23			15000	
26.10.23				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19.10.2023	50000
	26.10.2023	14000

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

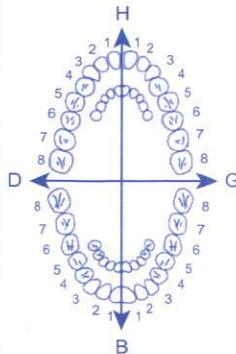
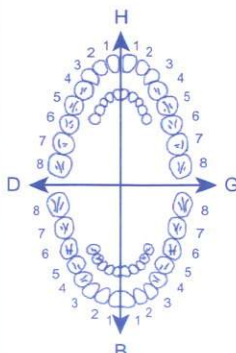
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																					
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>																				
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																				
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																				
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																				
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة ORDONNANCE



le 19/10/23

Pres 36.20 BAANTAN Modelouched.

1) Cefroxal Jus

(S.V)

4 gtt x 2 fois. 2 semaines
par 8;

2) Azid 79.70

1 cp

(S.V)

3) Defax 30mg 92.40

(S.V)

2 cp 1/2 le matin en une prise
par 4;

4) Euzol 82.10 20

(V)

1 gel le matin et le soir.
par 8;

7

Risonel

119.10

S.V

1 pile d'ay nax 2 gr.

6/

Germur

3990

1 pile d'ay 3 gr. 1/2

S.V

4 rep

509.40

Dr. Zakia GOUBHI
O.R.L.
INPE: 091130740
polyclinique C.N.S. Darb Ghazal
Cassablanca



الضمان الاجتماعي

+05 22 86 30 21 +05 22 86 36 43

CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة ORDONNANCE



درب غلف

DERB GHALLEF

le 26/07/13

BAANTAR Abdoullah

143.00

Quinora

200



1 g x 2 fois
par jour



DR. ZAKIA SOUBHI
O.R.L.
IMPE: 091130740
Polyclinique C.N.S. Derb Ghallef
Casablanca

POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
20100 CASABLANCA
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP : 1424968	N° SEJOUR : 230105158	FACTURE N° 2302027907		DATE D'ENTREE : 19/10/2023		DATE DE SORTIE : 19/10/2023					
ASSURE :		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : BAANTAR,Abdelouahab							
MALADE : BAANTAR,Abdelouahab											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :									
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION DE SPÉCIALISTE		CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : M0100023 DR SOUBHI ZAKIA (ORL)	TOTAUX :	150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS		PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
		REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :	
		BESTE DU:	150.00					
DATE FACTURE : 19/10/2023		EDITEE LE : 19/10/2023	PAR: IMANE	ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA		N° DE POLICE :		DATE AT :				
		Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef				
		BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA				
		N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31				

DR. ZAKIA SOUBHI
N° 011 780 0000 70 210 00 60 028 31
N° 011 780 0000 70 210 00 60 028 31
N° 011 780 0000 70 210 00 60 028 31

QUINOLOX[®] 200

Ofloxacin

LOT : 5471
PER : 12 - 25
P.P.V : 149 DH 00

Formes et présentations :

Comprimés : Boîte de 10

Comprimés : Boîte de 20

Composition :

Ofloxacin (DCI).....200 mg

Excipients q.s.p.....1 comprimé

Excipients à effet notoire : lactose

Propriétés :

- L'ofloxacin est un antibiotique de synthèse appartenant à la famille des fluoroquinolones.

Le spectre antibactérien naturel de l'ofloxacin est le suivant :

- espèces habituellement sensibles : *Echerichia coli*, *Citrobacter*, *Proteus mirabilis*, *Proteus indole* +, *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Serratia*, *Salmonella*, *Shigella*, *Yersinia enterocolitica*, *Campylobacter jejuni*, *Campylobacter coli*, *Aeromonas hydrophila*, *Plesiomonas*, *Haemophilus influenzae* et *para-influenzae*, *Haemophilus ducreyi*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Neisseria meningitidis*, *Branhamella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus coagulase négative*, *Clostridium perfringens*, *Mycoplasma*, *Chlamydia trachomatis*, *Legionella*;

- espèces habituellement résistantes : *Bactéroïdes fragiles*, *Clostridium difficile*, *Listeria*, *Nocardia*.

Les *Staphylococcus aureus* résistants à la pénicilline sont généralement résistants à l'ensemble des fluoroquinolones.

Indications :

Elles sont limitées chez l'adulte au traitement des infections urinaires, gynécologiques, ostéoarticulaires, bronchiques et ORL et intervient aussi dans le traitement des infections sévères dans les manifestations prostatiques.

Contre-indications :

- Allergie aux médicaments du groupe des quinolones.

- Epilepsie.

- Déficit en glucose-6-phosphate-déshydrogénase.

- Enfants et adolescents en période de croissance.

- Antécédents de tendinopathie avec une fluoroquinolone.

- Femme enceinte ou qui allaite.

Effets indésirables :

- Troubles digestifs : nausées, gastralgies, diarrhées, vomissements.

- Manifestations cutanées allergiques.

- Douleurs musculaires et/ou articulaires, tendinites.

- Troubles neurologiques : céphalées, troubles de la vision, vertiges; exceptionnellement, hallucinations signalées chez les personnes âgées.

- Augmentation modérée des transaminases et de la créatininémie.

Mises en garde et précautions d'emploi :

- Eviter l'exposition au soleil et aux rayonnements UV pendant la durée de traitement en raison du risque de photosensibilisation.

- L'ofloxacin doit être administrée à distance des antiacides à deux heures d'intervalle.

- La posologie doit être adaptée chez les sujets présentant une altération de la fonction rénale.

Posologie et mode d'emploi :

- Réservé à l'adulte

La posologie habituellement est de 400 mg/j, soit 1 comprimé matin et 1 comprimé soir.

Dans certaines infections bronchiques, la dose est de 400 mg/j en une seule prise, soit 2 comprimés en une seule fois. Cette posologie peut augmenter selon la gravité de l'infection.

- Ne pas laisser à la portée des enfants

- Liste I



Laboratoires Pharmaceutiques PHARMA 5
21, Rue des asphodèles - Casablanca

**EXOMUC® 200 mg, granulés sans
sucre pour solution buvable en sachet**

Acétylcystéine

**Lisez attentivement l'intégralité de cette
de prendre ce médicament.**

Elle contient des informations importantes
traitement et votre maladie.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez
demandez plus d'informations à votre médecin
pharmacien.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT :

Dénomination :

EXOMUC® 200 mg, granulés pour solution buvable en sachet

Composition :

Acétylcystéine(DCI).....200 mg

Pour un sachet.

Excipients : Arôme orange, aspartam, bêta-carotène 160), sorbitol.

Composition de l'arôme orange S 289 : arôme naturel obtenu par dispersion sur dextrose d'une base concentrée.

Forme pharmaceutique :

Ce médicament se présente sous forme de granulés pour solution buvable en sachet. Boîte de 30 sachets.

2. QU'EST-CE QUE EXOMUC® 200 mg, granulés pour solution buvable en sachet ET DANS QUEL EST-IL UTILISE ?

Classe pharmaco thérapeutique :

MUCOLYTIQUE.

(R. Système Respiratoire).

Indications

Ce médicament est un fluidifiant des sécrétions bronchiques, il facilite ainsi leur évacuation par la toux.

Ce médicament est préconisé dans les états d'engorgement des bronches en particulier lors des épisodes de bronchites.

3. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE QUE EXOMUC® 200 mg, granulés pour solution buvable en sachet ?

Liste des informations nécessaires avant la prise du médicament :

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

Ne prenez jamais EXOMUC®

N° du Lot

Date Per.

P.P.V: 119,10 DH

LOT N°:

PER:

T 278 04/2025

FAB:

04/2023

PPV: 96,20 Dhs

valable 1 sachet :

spéciales :

PPV 79 DH 70
PER 04/26
LOT M1242

LOT: 1595
PER: 01-26
PPV: 82 DH 10

DEFAX® 30 mg

Déflazacort

10 comprimés sécables



6 118001 220816

AMM N° 13/2020 DMP/21 NCV



IBERMA

PPV: 92,40 DH

Sans objet.

Utilisation pendant la grossesse et l'allaitement

Grossesse et allaitement

Prévenir votre médecin avant de prendre ce médicament.

Si vous êtes enceinte ou si vous allaitez, demandez conseil à votre médecin avant de prendre ce médicament.

Sportifs :

Sans objet.

LOT 23007
PER AVR 25
PPV 39 DH 90