

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

MUPRAS :Centre Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Déclaration de Maladie

N° W19-505375

197 298



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 1060

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MAKHLOUKI AHMED

Date de naissance : 01.01.1956

Adresse : HAY Soumaya Bld Ruelo N° 41 S/17

Tél. : 06 41 61 08 34 Total des frais engagés 139,50 DHS Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : MAKHLOUKI Ahmed Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

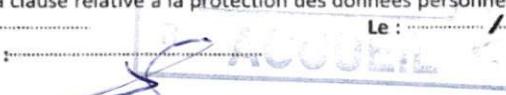
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 01/04/2021



| 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 |
| 27/08/2014 | | | Gratot | INP : 091011772 DR. YOUSSEF AOUAHI 2014 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| PHARMACIE 22 Bd. Abdoulaye 1005 22 70 26 45 | 27.02.24 | 139,50 |

| 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SOINS DENTAIRES  | | Dents Traitées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | INP : <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| ODF PROTHÉSES DENTAIRES  | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | H | 25533412 | 21433552 | | 00000000 | 00000000 | D | 00000000 | 00000000 | | 35533411 | 11433553 | B | | |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | |

Docteur Yassine AOUANI

د. ياسين أعواني

DERMATOLOGUE

اختصاصي

Spécialiste des Maladies

أمراض الجلد

de la peau - Du cuir chevelu

والأمراض التناسلية

et Des maladies sexuellement

الجلد - طب التجميل

transmissibles - Allergie de la peau

الليزر

cosmétologie

laser

139,-

DR. Yassine AOUANI
24, Av. Driss El Harti, Moulay Rachid 1
Casabnaca, le 27/02/2024
Tél: 05 22 72 26 47 - GSM: 06 66 32 65 29

الدار البيضاء :

27/02/2024

الدار البيضاء :

ملاك الحكمة Ah

10 Ziflex 40% cp

S.V

PHARMACIE DOUMA
22, Bd. Annahda Hay Douma
Sidi Moumen - Casablanca
Tél.: 05 22 70 26 46 N

2 5 J

Dermaescript 50% cp
1 ml 2 ml

2

c

DR. Yassine AOUANI
24, Av. Driss El Harti, Moulay Rachid 1
Casabnaca, le 27/02/2024 - GSM: 06 66 32 65 29

نارع إدريس الحارتي مجموعة I حي مولاي رشيد - الدار البيضاء
24, Avenue Driss El Harti Moulay Rachid 1 (au dessus de la pharmacie Moulay
هاتف: 05 22 72 26 27 GSM: 06 66 82 66 29 المحمول :

Docteur Yassine AOUANI

الدكتور ياسين أعواني

DERMATOLOGUE

اختصاصي

Spécialiste des Maladies

في أمراض الجلد

de la peau - Du cuir chevelu

الشعر والأمراض التناسلية

et Des maladies sexuellement

حساسية الجلد - طب التجميل

transmissibles - Allergie de la peau

الليزر

cosmétologie

laser

139,->

DR. Yassine AOUANI
24, Av. Driss El Harti, Casablanca, le 27/02/2024
Tel: 05 22 72 26 27 - GSM: 06 66 82 66 29

Casablnaca, le 27/02/2024

الدار البيضاء :

Makhlouf Ahmed

Ziflex 40% cp

S.V

PHARMACIE DOUMA
22, Bd. Annahda Hay Douma
Sidi Moumen - Casablanca
Tél.: 05 22 70 26 46 **N**

cp

x 5 J

Dermescript spray

1 ml

x 25

C

Dr. Yassine AOUANI
DERMATOLOGUE
24, Av. Driss El Harti, Casablanca, le 27/02/2024
Tel: 05 22 72 26 27 - GSM: 06 66 82 66 29

24 شارع إدريس الحارتي مجموعة I حي مولاي رشيد - الدار البيضاء

24, Avenue Driss El Harti Moulay Rachid I (au dessus de la pharmacie Moulay Rachid) - Casablanca

الهاتف: 05 22 72 26 27 - GSM : 06 66 82 66 29

la normale.

Avertissements et précautions :

Avant de prendre ce médicament

Vous ne devez pas prendre d'antibiotiques de la famille des fluoroquinolones/quinolones, incluant ZIVLOX 400 mg, comprimé ou pilule, si vous avez déjà présenté un effet indésirable grave dans le passé lors de la prise d'une quinolone ou d'une fluoroquinolone. Si tel est le cas, vous devez en informer votre médecin au plus vite.

Adressez-vous à votre médecin avant la prise de ZIVLOX 400 mg, comprimé pelliculé :

- ZIVLOX 400 mg peut modifier votre électrocardiogramme, en particulier si vous êtes une femme ou si vous êtes âgée(e). Si vous prenez actuellement un médicament pouvant provoquer une baisse du taux de potassium dans le sang, consultez votre médecin avant de prendre ZIVLOX 400 mg (voir aussi rubriques Ne prenez jamais ZIVLOX 400 mg et Autres médicaments et ZIVLOX 400 mg).
- Si vous avez déjà présenté une éruption cutanée sévère ou une desquamation (décollement de la peau), des cloques et/ou des plaies dans la bouche après avoir pris de la moifloxacine.
- Si vous avez déjà présenté une épilepsie ou d'une affection qui peut provoquer des convulsions, consultez votre médecin avant de prendre ZIVLOX 400 mg.
- Si vous avez ou avez déjà eu des problèmes psychiatriques, consultez votre médecin avant de prendre ZIVLOX 400 mg.
- Si vous souffrez de myasthénie, la prise de ZIVLOX 400 mg pourrait aggraver les symptômes de votre maladie. Si vous pensez en être atteint(e), consultez immédiatement votre médecin.
- Si vous avez reçu un diagnostic d'hyperthyroïdie ou « refirement » d'un gros vaisseau sanguin (anévrisme aortique ou anévrisme péricardique d'un gros vaisseau).
- Si vous avez reçu un diagnostic de fuite des valves cardiaques (régurgitation des valves cardiaques).
- Si vous avez des antécédents familiaux d'anévrisme aortique, de dissection aortique ou de valvulopathie cardiaque congénitale, ou présentez d'autres facteurs de risque ou affections prédisposantes (par exemple, des troubles du tissu conjonctif tels que le syndrome de Marfan ou le syndrome d' Ehlers-Danlos, le syndrome de Turner, le syndrome de Sjögren [une maladie auto-immune inflammatoire], ou des troubles vasculaires tels que l'artérite de Takayasu, l'artérite à cellules

qui sont dûs à votre médicament ou de votre thérapie). Ces effets peuvent survenir plusieurs mois après la fin de la prise de ZIVLOX 400 mg.

Si vous avez reçu un diagnostic de dissection aortique (une déchirure de la paroi aortique),

Si vous avez reçu un diagnostic de fuite des valves cardiaques (régurgitation des valves cardiaques),

Si vous avez des antécédents familiaux d'anévrisme aortique, de dissection aortique ou de valvulopathie cardiaque

congénitale, ou présentez d'autres facteurs de risque ou affections prédisposantes (par exemple, des troubles du tissu

conjunctif tels que le syndrome de Marfan ou le syndrome d' Ehlers-Danlos, le syndrome de Turner, le syndrome de Sjögren [une maladie auto-immune inflammatoire], ou des troubles vasculaires tels que l'artérite de Takayasu, l'artérite à cellules

qui sont dûs à votre médicament ou de votre thérapie). Ces effets peuvent survenir plusieurs mois après la fin de la prise de ZIVLOX 400 mg.

Si vous avez reçu un diagnostic de dissection aortique (une déchirure de la paroi aortique),

Si vous avez reçu un diagnostic de fuite des valves cardiaques (régurgitation des valves cardiaques),

Si vous avez des antécédents familiaux d'anévrisme aortique, de dissection aortique ou de valvulopathie cardiaque

congénitale, ou présentez d'autres facteurs de risque ou affections prédisposantes (par exemple, des troubles du tissu

conjunctif tels que le syndrome de Marfan ou le syndrome d' Ehlers-Danlos, le syndrome de Turner, le syndrome de Sjögren [une maladie auto-immune inflammatoire], ou des troubles vasculaires tels que l'artérite de Takayasu, l'artérite à cellules

qui sont dûs à votre médicament ou de votre thérapie). Ces effets peuvent survenir plusieurs mois après la fin de la prise de ZIVLOX 400 mg.

Si vous avez reçu un diagnostic de dissection aortique (une déchirure de la paroi aortique),

Si vous avez reçu un diagnostic de fuite des valves cardiaques (régurgitation des valves cardiaques),

Si vous avez des antécédents familiaux d'anévrisme aortique, de dissection aortique ou de valvulopathie cardiaque

congénitale, ou présentez d'autres facteurs de risque ou affections prédisposantes (par exemple, des troubles du tissu

conjunctif tels que le syndrome de Marfan ou le syndrome d' Ehlers-Danlos, le syndrome de Turner, le syndrome de Sjögren [une maladie auto-immune inflammatoire], ou des troubles vasculaires tels que l'artérite de Takayasu, l'artérite à cellules

qui sont dûs à votre médicament ou de votre thérapie). Ces effets peuvent survenir plusieurs mois après la fin de la prise de ZIVLOX 400 mg.

Si vous avez reçu un diagnostic de dissection aortique (une déchirure de la paroi aortique),

Si vous avez reçu un diagnostic de fuite des valves cardiaques (régurgitation des valves cardiaques),

Si vous avez des antécédents familiaux d'anévrisme aortique, de dissection aortique ou de valvulopathie cardiaque

congénitale, ou présentez d'autres facteurs de risque ou affections prédisposantes (par exemple, des troubles du tissu

conjunctif tels que le syndrome de Marfan ou le syndrome d' Ehlers-Danlos, le syndrome de Turner, le syndrome de Sjögren [une maladie auto-immune inflammatoire], ou des troubles vasculaires tels que l'artérite de Takayasu, l'artérite à cellules

qui sont dûs à votre médicament ou de votre thérapie). Ces effets peuvent survenir plusieurs mois après la fin de la prise de ZIVLOX 400 mg.

Si vous avez reçu un diagnostic de dissection aortique (une déchirure de la paroi aortique),

Si vous avez reçu un diagnostic de fuite des valves cardiaques (régurgitation des valves cardiaques),

Si vous avez des antécédents familiaux d'anévrisme aortique, de dissection aortique ou de valvulopathie cardiaque

congénitale, ou présentez d'autres facteurs de risque ou affections prédisposantes (par exemple, des troubles du tissu

conjunctif tels que le syndrome de Marfan ou le syndrome d' Ehlers-Danlos, le syndrome de Turner, le syndrome de Sjögren [une maladie auto-immune inflammatoire], ou des troubles vasculaires tels que l'artérite de Takayasu, l'artérite à cellules

qui sont dûs à votre médicament ou de votre thérapie). Ces effets peuvent survenir plusieurs mois après la fin de la prise de ZIVLOX 400 mg.

Si vous prenez ZIVLOX 400 mg et que d'autres médicaments :

Soyez informé des éléments suivants :

coude, de l'épaule ou du repos. Evitez tout effort.

• Si vous ressentez une ou plusieurs symptômes d'un an-

Votre risque peut être

• Si vous ressentez une ou plusieurs symptômes d'un an-

remarquez un gonflement

cardiaques (en particulier

• Si vous êtes âgé(e) et que

aggravez l'insuffisance

• En cas d'apparition

immédiatement un

effets indésirables, ve

• Les antibiotiques d

sang au-dessus de la

value normale (hyp

étrétement 4. Quels so

• Les antibiotiques d

ultra-violets (UV). Vo

utiliser de cabine de

Enfants et adolescents

Ne pas donner ce me

établies dans cette tr

Interactions avec d'a

ou pourriez prendre

