

RECON ACTIVER LES

TIONS IMPORTANTES A LIRE POUR BOURSEMENTS 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, parodontal, rhodontie, 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.

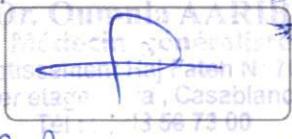
MUPRAS : Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-548297

52959

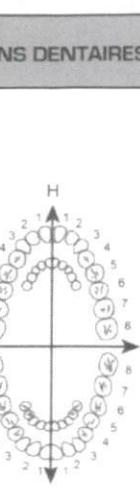
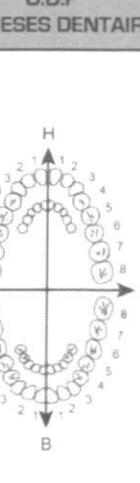
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)		Société :	
Matricule : 0929		Nom & Prénom : ELHAROUCHI DRISS	
<input type="checkbox"/> Actif		<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre	
Date de naissance :		Adresse :	
Tél. : 06 62 28 49 42		Total des frais engagés : 425,10 + 230 Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 05/12/2020			
Nom et prénom du malade : Age:			
<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Pharyngite			
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) :			



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
07/12/10 20h	C + ECG		23000	INP : 0912495281

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DAWDIA KHALLAD SAFAA Docteur en Pharmacie °85, N°1 Rue 13 El Wifak 1 ANCA - Tel.: 022.90.44.1	05/12/2020	425,10

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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	Coefficient	INP : <input type="text"/>																		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																		
				MONTANTS DES SOINS																		
				DEBUT D'EXECUTION																		
				FIN D'EXECUTION																		
				ODF PROTHÉSES DENTAIRES 																		
				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">H</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black;">D</td> <td style="border-top: 1px solid black;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>					H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B
				H	G																	
				25533412	21433552																	
				00000000	00000000																	
D	G																					
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
B	B																					
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession																						
COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION																						

Dr. Oumnia AARIBI

Lauréate de la Faculté de Médecine
et de pharmacie de casablanca

Médecine Générale

Médecine Esthétique

Hijama medicale

Acupuncture



الدكتورة أمينة أعربي
خريجة كلية الطب والصيدلة
الدار البيضاء
الطب العام
الطب التجميلي
الجامعة الطبية
الوخز بالإبر

Ordonnance

05/12/22

1) Driss Elharouchi

196,50

2) Zivloa 400 mg
1 capsule po 5j

3) 42

2) Prednisolone 10 mg
3 capsules po 5j

3) Codolipine
6 capsules

4) Docivox Sirup
1 capsa 31,5

PPV 22DH20
PER 06/22
LOT J1785



SV

SV

PHARMACIE DAWDIA
KHALLAZ SIDI FAA
Docteur Dr. Oumnia Aaribi
N°85, N°1 Rue 13 El Moutah
Casablanca
Tél: 022 30 14 24
UT. AV.

PPV (DH):

4200

Dr. Oumnia AARIBI
Médecine Générale
Lotissement Haj Fatih
1er étage

تجزئة الحاج فاتح عمارة رقم 70، الطابق الأول
(قرب صيدلية حمزة) الألفة الدار البيضاء

05 20 45 00 00 / 06 03 56 73 00

Lotissement Haj Fatih, N° 70 , 1er Etage
(à côté de pharmacie Hamza) - Oulfa Casablanca

dr.ounnia.aaribi@gmail.com

5) Azia 500-3 sp
ypti qptj pdt 3 j



6) Hafez 1 sp
MBS and 3 j



42810

Dr. Gummia AARIBI
Médecin Généraliste
Lotissement les Estables 10,
1er étage, 75000 Paris, 56 71 00
Téléphone

AS

PPV : 79DH70
PER : 09/23
LOT : J2418

AZIX®

Azithromycine

COMPOSITION ET PRÉSENTATION :

Comprimé 500 mg sécable, boîte de 3

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

TraITEMENT DES INFECTIONS DUES AUX GERMES SENSIBLES TELLES QUE :

- infections respiratoires hautes : otite moyenne, sinusite, angine et pharyngite;
- infections respiratoires basses (y compris bronchite et pneumonie);
- infections odontostomatologiques;
- infections cutanées;
- infections des tissus mous;
- urétrites et cervicites non gonococciques (chlamydia trachomatis).

CONTRE-INDICATIONS :

- Antécédents d'allergie à l'azithromycine et aux macrolides.
- Insuffisance hépatique sévère.

MISES EN GARDE :

- Toute manifestation allergique (éruption cutanée, démangeaison ...) en cours de traitement doit être signalée immédiatement à votre médecin.
- Signaler au médecin traitant toute allergie ou manifestation allergique survenue lors de traitements par les antibiotiques de la famille des macrolides.
- Ce médicament ne doit pas être utilisé chez les patients présentant une maladie hépatique.
- En l'absence de données, l'association aux dérivés de l'ergot de seigle n'est pas recommandée.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

- Prévenir le médecin traitant en cas de :

Insuffisance hépatique, antécédents allergiques, manifestations cutanées d'origine allergique, prise concomitante d'autres médicaments, grossesse, allaitement.

EFFETS INDESIRABLES :

- Troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhées et douleurs abdominales.
- Manifestations allergiques; prurit, rash cutané, oedème de Quincke.

POSOLOGIE :

Se conformer à la prescription médicale.

Adulte et enfant de plus de 45 kg : 500 mg par jour, 1 comprimé de 500 mg en une prise par jour pendant 3 jours.

MODE D'ADMINISTRATION :

Azix peut être pris pendant ou en dehors des repas.

TABLEAU A (LISTE I).



82, Allée des Casuarinas - Ain Sebaâ - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

Toplexil®

Oxomémazine 0,33 mg/ml

Sirop

LOT : 20E024
PER : 12/2021

TOPLEXIL
SIROP FL 150 ML

P.P.V : 150H71



6 118000 060901

TIFFINERIE D'ORLÉANS

• en association avec certains médicaments (cabergoline, quinagolide) (Cf "Prise ou utilisation d'autres médicaments

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN

Faite attention avec TOPLEXIL sirop :

Mises en garde spéciales

La toux est un symptôme qui peut avoir des origines diverses : infections respiratoires, bronchites, grippe, allergie, asthme, coqueluche, irritation, etc...

De plus, la consommation de tabac agrave ou entretient la toux.

En cas d'apparition ou de persistance d'une FIEVRE, accompagnée ou non de signes d'infection (angine...), de pâleur ou de transpiration, il conviendra de consulter votre médecin traitant.

Ne pas traiter par ce médicament une toux grasse. Dans ce cas, la toux est un moyen de défense naturelle nécessaire à l'évacuation des sécrétions bronchiques.

Si la toux devient grasse, s'accompagne d'encombrement, de crachats, de fièvre, demandez l'avis du médecin.

En cas de maladie chronique (au long cours) des bronches ou des poumons s'accompagnant de toux avec crachats, un avis médical est indispensable.

Il conviendra de ne pas associer un médicament fluidifiant des sécrétions bronchiques (expectorant, mucolytique).

Précautions d'emploi

En cas de maladie au long cours du foie ou des reins, CONSULTEZ VOTRE MEDECIN afin qu'il puisse adapter la posologie.

La prise de ce médicament nécessite un AVIS MEDICAL :

- chez les personnes âgées :
 - prédisposées aux constipations, aux vertiges ou à la somnolence,
 - présentant des troubles de la prostate,
- chez l'enfant en cas d'asthme ou de reflux gastro-oesophagien,
- en cas de maladies cardiaques graves, d'épilepsie ;

PREVENEZ VOTRE MEDECIN avant de prendre cet antihistaminique.

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes pour votre traitement

- Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.

Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez un médecin.

Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE TOPLEXIL sirop, ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE TOPLEXIL sirop ?
3. COMMENT PRENDRE TOPLEXIL sirop ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER TOPLEXIL sirop ?
6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

1. QU'EST-CE QUE TOPLEXIL sirop, ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

ANTIHISTAMINIQUE A USAGE SYSTEMIQUE.

(R. Système respiratoire)

Ce médicament contient un antihistaminique, l'oxomémazine. Il est préconisé pour calmer les toux sèches et les toux d'irritation chez l'adulte et l'enfant de plus de 2 ans, en particulier lorsqu'elles surviennent le soir ou pendant la nuit.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE TOPLEXIL sirop ?

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

Ne prenez jamais TOPLEXIL, sirop dans les cas suivants :

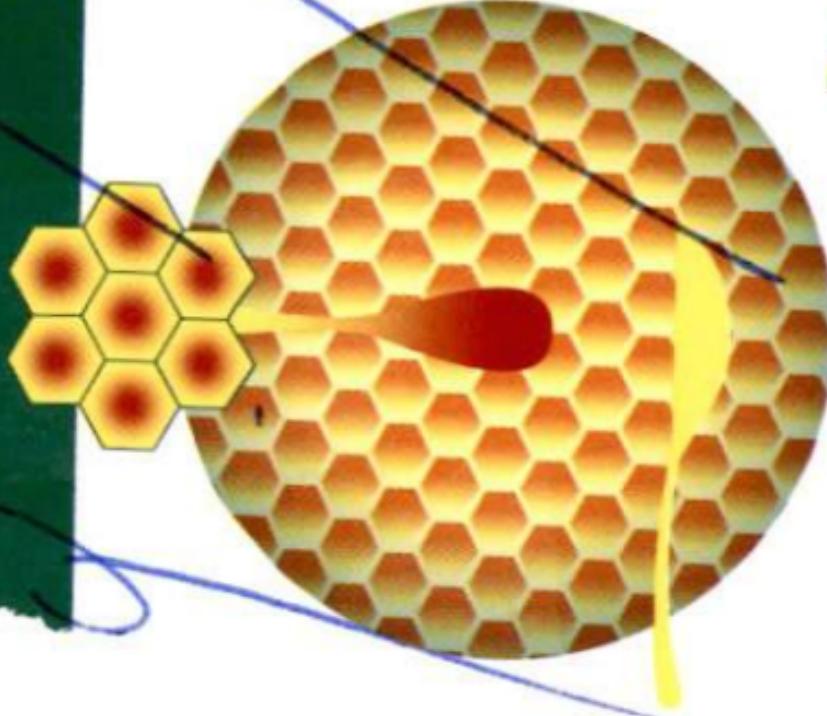
- nourrisson (moins de 2 ans),
- allergie connue aux constituants, et notamment aux

ise (baisse importante des globules

gine prostatique ou autre,

ome (augmentation de la pressio

la gorge irritée en cas de toux
renforce les défenses naturelles



LOT : 200344
DUO : 10/2023
69,00 DH 3

Deva

200 ml

1970-04-01 15:18

<< Conclusions >>

ID : _____

Cardiac electric axis normal;

Name : _____

Sex : _____

Age : _____ **Report need physician confirm**

Height: _____

Weight: _____ kg

SYS : _____

Dr Elhassanchi

DIA : _____

Driss.

HR [bpm] : 64

PR Interval [ms] : 162

P Duration [ms] : 74

QRS Duration [ms]

T Duration

QT/QTc : 66

P/QRS/T : 1.62. 1/52. 1

S : 18/0.74

S : 1.92

Physician _____

