

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Pathologie 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.

Éducation :

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

53422

Déclaration de Maladie : N° P19-0021385

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1373 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : MARARY Abdelkay Date de naissance : 1980
Adresse : 2 NA 250 Dera
Tél. : 0633533001 Total des frais engagés : 394,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. Small MALKI
Médecin généraliste
Lot Chabab 1, N° 102 - Dera
Fix : 05 22 03 45 26 / Tel : 05 22 06 88 00

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/12/2020

Nom et prénom du malade : Sultane Marary

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Gastrite / ulcère

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 : 28/12/2020



ACCUEIL
28 DEC. 2020

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
• 3/12 2022	Consultation	1	100 D H	DR Smail MALKI Médecin généraliste Lot Chahid 1 N°102 - Dernou Fax: 05 22 03 43 28 / 06 07 08 22 05

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE D'ABIDJAN LOT DERWAN N° 2003 0522515190	09/12/2006	394,10 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

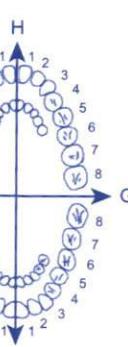
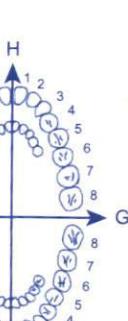
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr.Smail MALKI
Médecin général

Lauréat de la faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca.
Ancien Médecin interne à l'hôpital
Péphérique de Berrchid.



الدكتور إسماعيل المالكي
طبيب عام

خريج كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
طبيب داخلي سابق بالمستشفى الإقليمي
ببرشيد

ORDONNANCE

DEROUA, le : 02.11.1998

Sultana

168,00 # Augmentin 1G
48,50 # wt, pc 3-0-0 15
3x22,00 # Doliprimum 100mg
49,80 4/
66,60 8/
394,10

1x3 (18) 18/15
100 100
11 mg 11 mg

DR. Smail
Medecin généraliste
Lot Chabab 1, N°102 - Deroua
Fix: 05.22.03.43.28 / Tel: 07.08.22.06

PHARMACIE MORSLI
LOT DERWAN N° 20 ONA
05.22.51.51.90

PPV 22DH20
PER 05/17
LOT E1044

PPV : 22DH20
PER : 05/17
LOT : E1114

PPV : 22DH20
PER : 05/17
LOT : E1116



-
- chez l'asthmatique
- en cas d'insuffisance respiratoire
- allaitement.

ane®

comprimé sécable

400,00 mg
20,00 mg
15,62 mg
de pomme de terre, povidone, pour un comprimé.

N.Système nerveux central)

ENT

odérée à intense, qui ne sont pas soulagées par

MEDICAMENT

é dans les cas suivants :
ie

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE, sauf avis contraire de votre médecin avec des médicaments contenant de la buprénorphine, de la nalbuphine ou de la pentazocine.
EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPECIALES

En cas de maladie chronique (au long cours) des bronches ou des poumons s'accompagnant d'expectoration, en cas de maladie du foie ou d'insuffisance rénale ainsi que chez les sujets âgés, un avis médical est indispensable. Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée en raison du risque de dépendance.

PRECAUTION D'EMPLOI

La prise de boissons alcoolisées durant le traitement est déconseillée.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, Notamment avec la buprénorphine, la nalbuphine ou la pentazocine, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

Ce médicament contient du paracétamol et de la codeïne. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas afin de ne pas dépasser les doses maximales conseillées (cf. posologie).



٦. ت وثيرة وأوقات استعمال الدواء:

١ إلى ٣ مرات في اليوم، حسب الاستعمالات.

٧. مدة العلاج:

لكي يثبتت هذا المضاد الحيوي فعاليته، يجب استعماله بانتظام

بالجرعات الموصوفة، وطالما يتبع به الطبيب.

لا يعني اختفاء الحمى أو أحد الأعراض أنك شفيت تماماً. فالشعور

المتحتم بالتعافي غير ناجح عن العلاج بالمضاد الحيوي لكن عن

التعفن بذاته، ولن يكون لخفض العلاج أو توقفه أي تأثير على هذا

الشعور وسيؤخر شفائه.

حالات خاصة : تدوم مدة علاج داء الجيارديات (تفون ناتج عن

طفيلي) ٥ أيام؛ تدوم مدة علاج الأمفيبيا (تفون ناتج عن طفيلي)

وبعض الالتهابات المهبليّة (تفون في المهبل) ٧ أيام؛ وبالنسبة

للمسحورة (تفون ناتج عن طفيلي)، فالعلاج يتم في جرعة واحدة.

٨. ما العمل في حالة حرج مفرطة

في حالة القيء، صعوبة في تنسيق الحركات، الارتياب، استثار الطبيب.

قد يتبعين عليه وصف علاج.

٩. التأثيرات غير المرغوب فيها والمزعجة

قد تتأثر كافّة الأدوية، قد يؤثّر هذا الدواء لدى بعض الأشخاص إلى

تأثيرات مزعجة شيئاً ما.

١٠. اعراض هضمية :

- غثيان، قيء، تشنجات في المعدة، إسهال:

- التهاب اللسان مع شعور بحيف الفم، التهاب الفم، مذاق معدني في

الفم، فقدان الشهية:

- استئناثيا، حالة التهاب البنكرياس الذي يزول بعد إيقاف العلاج.

* اعراض جدليه ومخاطرها :

- هبات حرارية مع احمرار الوجه، حكة، طفح على الجلد مصحوب

آهانا بالحمى.

- شرى (طفح جلدي يشبه لدغة ثبطة القراد)، انتفاخ مقاييس في

الوجه والعنق ذات اصل تحسسي (وذمة كوبينك)، استئناثيا صدمة ذات

أصل تحسسي.

* اعراض يصيبها :

- الام الرأس:

- اصابة اصحاب الاعراض:

- اختلالات، دوار، سوء تنسيق الحركات الإرادية.

* اعراض نفسية :

- ارتياخ، هلوسة.

* اضطرابات دموية :

- حالات جد نادرة لنسب منخفضة بشكل غير عادي للكريات البيضاء

او الصفيحات في الدم.

* اعراض كبدية :

- حالات جد نادرة غير طبيعية وقابلة للانعكاس للبيان الكبدى

والتهاب الكبد الناتج عن انسداد المسالك الصفراوية.

* اعراض أخرى :

- تلون البول بالبني المحمّر ناتج عن الدواء.

PER... 07.2024
L01... 19E008
CP PEL B20
FLAGYL 500 mg
P.P.V : 49DH80



آخر

في

6

لا

7 تاريخ مراجعة ستر:

أبريل 2009.

8 نصائح/تربيه صحية

"ما ينفعي معروفة حول المضادات الحيوية؟"

١. تتميز المضادات الحيوية بفعاليتها لمكافحة التعفනات الناتجة عن البكتيريا، لكنها غير فعالة ضد التعفනات الناتجة عن الفيروسات. لذلك قرر طبيبك ان يصف لكم هذا المضاد الحيوي لأنه يناسب تماماً حالتكم ومرضكم الحالى.

٢. تتمكن البكتيريا من البقاء او النكاثر رغم فعل هذا المضاد الحيوي. وتسمى هذه الظاهرة بالمقاومة، التي تبطل مفعول بعض المضادات الحيوية.

٣. تزداد المقاومة بفعل الاستعمال المفرط او غير الملائم للمضادات الحيوية.

٤. قد تشجعون ظهور البكتيريا المقاومة وبالتالي تأخير شفائكم أو حتى إبطال مفعول هذا الدواء في حالة عدم احترام:

- الجرعة الواجبتناولها،
- أوقات الجرعة.

٥. مدة العلاج.

٦. وكثيراً بذلك، من أجل الحفاظ على فعالية هذا الدواء:

- ١. لا تستعملوا مضاداً حيوياً إلا إذا وصفه لك الطبيب،
- ٢. لا تستعملوا المضاد الحيوي مجدداً دون وصفة طبية، حتى لو اعتقدتم مكافحة مرض مماثل في الأعراض.

٣. لا احترموا وصفة الطبيب احتراماً تاماً.

٤. لا تطعوا هذا المضاد الحيوي إلى أي شخص آخر، قد لا يكون مناسباً لمرضه.

٥. عند الانتهاء من علاجكم، ارجعوا للصيدلي كافة العلب المفتوحة من أجل التخلص منها على الوجه الصحيح والملائم.

Clartec 10mg
boîte de 30 comprimés



6 118000 091370

AMM : 1344 DMP/21/NNP

Laboratoires Pharmaceutiques **PHARMA**

Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable

کلارتیک

مع 10

ین

LOT : 1258
UT. AV : 01 - 22
P.P.V : 61 DH 00

مضاد للحساسية

30 قرصا

AUGMENTIN

AMoxicilline Acide Clavulanique

1g /125 mg

Sachets

..... sachet(s) fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

كيس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPU: 168,20 DH

LOT: 644496

PER: 11/21

