

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.

Biologie 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

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.r-upras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

15138

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7462 Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nabil Daoud

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 61 31 66 64 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : 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 :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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 de l

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552		
		00000000	00000000		
	D	00000000	00000000		
		35533411	11433553		
	B				

[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					DATE DU DEVIS	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

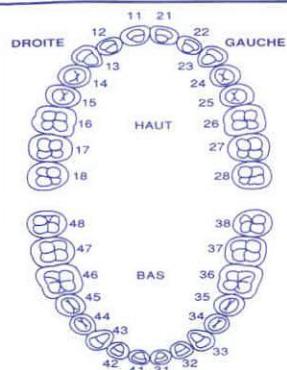
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

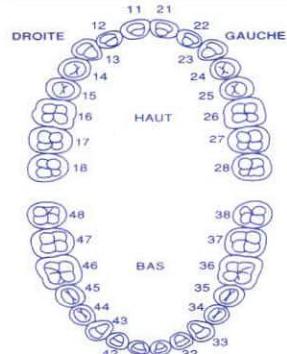
Coefficient des travaux

Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires



Détermination du coefficient masticatoire

DROITE	11 21 12 22 13 14 15 16 17 18	H	25533412 00000000	GAUCHE	21433552 00000000
		D	00000000 35533411		00000000 11433553
		G			

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient des travaux

Montant des soins

Date du devis

Fin d'exécution

Visa et cachet du praticien

Visa et cachet du praticien

attestant l'exécution

VOLET ADHERENT

NOM :

Mle

DECLARATION N° P 17 / 0062488

Date de Dépôt

Montant engagé

MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Mle

Cachet
MUPRAS

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle

MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

P 17 / 0062488

DATE DE DEPOT

/ 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle

Nom & Prénom : *MASSIL JASSEUR*

Fonction : *représentant* Phones :

Mail : *ad.jasseur@royalairmaroc.com*

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent Conjoint Enfant Age :

Nature de la maladie

Signature de l'adhérent

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Accident - Marché nus

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
------------------	---------------------	---------------------------------

Citroën	-	90000
---------	---	-------

PHARMACIE

Date : 08/10/2019

Montant de la facture

175,30

Docteur L. COHEN
NEZ SPECIALISTE
24 Rue Al Aoussi - Casablanca

Sign...
Pharmacie de Picardie
Mme. BEN AL AOUSSI - Casablanca
12 Rue Badia Aoudia - Casablanca - 1000

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

Docteur Isaac COHEN

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Strasbourg

Ancien Attaché des Hôpitaux
de Strasbourg

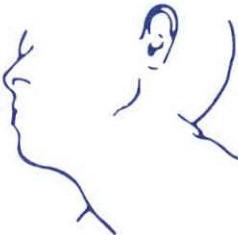
Spécialiste ORL

Maladie et CHIRURGIE

NEZ - GORGE - OREILLE

FACE et COU

VERTIGES - SURDITE - RONFLEMENT



الدكتور إسحاق كوهن

خريج كلية الطب بستراسبورغ

عمل سابقاً بمستشفيات ستراسبورغ

اختصاصي

في أمراض وجراحة

الأنف - العنق - الأذنين

علاج الدوخة الصمم والشخير.

Pharmacie de Picardie
Mme. BENBRAHIM Alima
Casablanca, le
12, Rue Badr Assayab - Quartier
Casablanca
Tél : 05 22 20 79 23

8/10/19

الدار البيضاء

Moud Nabil

1) Ydrokouïd 300 -
83,70

1 c pell deux

1 b -

2) Maxol 1fl.
38,80

2 x 100 mg

1 fl. -

3) Pedias 20 164
c au cuiller

= 175,30

Docteur I. COHEN
SPECIALISTE ORL
NEZ GORGE OREILLE
RUE ALAOUISSI Casablanca

زنقة الإمام الأُوسي - الهاتف: 24 Rue Al imam Aloussi CLINIQUE BADR - Casablanca Tél : 05 22 26 62 50 / 05 22 27 06 22

EN CAS URGENCE : CLINIQUE BADR - Tél : 05 22 49 28 00 - Email : dicohen.ma@gmail.com

ROXOLID® 150 et 300 mg, Comprimé pelliculé

(DCI : Roxithromycine)

دوستودهین

LOT : 180324 PER : 02-2020
PPV : 83,70DH

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament.
Elle contient des informations importantes sur votre traitement.
Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez à votre pharmacien.

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

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT :

Dénomination :

ROXOLID® 150, Comprimé pelliculé.

ROXOLID® 300, Comprimé pelliculé.

Composition :

Roxithromycine (DCI)..... ROXOLID® 150

150,00mg.....

ROXOLID® 300

300,00mg

Excipients :

Liste des excipients à effet notable :

Glucose.

Formes pharmaceutiques :

ROXOLID® 150, Comprimé pelliculé. Boîte de 10.

ROXOLID® 300, Comprimé pelliculé. Boîte de 7.

Classe pharmaco thérapeutique :

Antibiotique antibactérien de la famille des macrolides (J : anti-infectieux).

2. DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament est indiqué dans le traitement de certaines infections bactériennes à germes sensibles.

3. DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :

- allergie connue aux antibiotiques de la famille des macrolides, ou à l'un des constituants du produit,
- association avec :

• les dérivés de l'ergot de seigle : l'ergotamine et la dihydroergotamine (médicaments de la migraine),
• le cisapride (médicament anti-reflux).

- en cas d'insuffisance hépatique, le dosage de 300mg est contre-indiqué, ainsi que chez l'enfant.

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

Mises en garde spéciales et Précautions d'emploi :

- En cas d'insuffisance hépatique, l'administration de la Roxithromycine n'est pas recommandée.
- En cas d'insuffisance rénale, il n'est pas utile de modifier la posologie, l'excrétion rénale de la molécule étant faible.
- Il n'est pas nécessaire de modifier la posologie chez les personnes âgées.
- En raison de la présence de glucose, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose.

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

Interactions médicamenteuses :

Associations contre-indiquées : ergotamine, dihydroergotamine, cisapride (cf. contre-indications)

AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS et notamment bromocriptine, IL FAUT SIGNALER SYSTÉMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS À VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN.

Grossesse Et Allaitement :

Prévenir le médecin en cas de grossesse ou d'allaitement.

D'UNE FAÇON GÉNÉRALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT, DE TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MÉDICAMENT.

Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules ou à utiliser des machines :

Attirer l'attention des conducteurs ou utilisateurs de machines sur les risques de sensations vertigineuses.

4. COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?

CE MÉDICAMENT VOUS A ÉTÉ PERSONNELLEMENT DÉLIVRÉ DANS UNE SITUATION PRÉCISE :

IL NE PEUT ÊTRE ADAPTÉ À UN AUTRE CAS,

NE PAS LE CONSEILLER À UNE AUTRE PERSONNE.

DANS TOUTS LES CAS SE CONFORMER STRICTEMENT À L'ORDONNANCE DU MÉDECIN.

MUXOL® 0.3%

Solution buvable en flacons de 125 ml et 250 ml
(Chlorhydrate d'Ambroxol)

Veuillez lire attentivement l'intégral.
Garder cette notice, vous pourrez
Si vous avez toute autre question
Ce médicament vous a été prescrit
identiques, cela pourrait lui être utile.
Si l'un des effets indésirables de ce médicament vous dérange,
parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

1- COMPOSITION DU MÉDICAMENT

Principe actif :

Chlorhydrate d'Ambroxol

Quantité Correspondant à Ambroxol

Excipients : Glycerol, Sorbitol, F

furfuryle, acétate de isoamyle, ac

delta-décalactone, eugénol, pipérine

Eau purifiée

Excipients à effet notoire : So

2- CLASSE PHARMACO-THÉRAPEUTIQUE

MUCOLYTIQUES.

(R : SYSTÈME RESPIRATOIRE)

3- INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Traitement des troubles de la s

aigus et des épisodes aigus d

Ce médicament est expectorant.

4- POSOLOGIE

• Chez l'adulte :

Posologie usuelle : 1 cuillère à soupe.

• Chez l'enfant :

Plus de 5 ans : 1 cuillère à café trois fois par jour.

2 à 5 ans : ½ cuillère à café trois fois par jour.

Mode d'administration

Voie orale

Fréquence d'administration

Les prises seront espacées à intervalle régulier.

Durée de traitement

La durée du traitement ne dépassera pas 8 à 10 jours sans avis médical.

5- CONTRE-INDICATIONS

Ne prenez jamais MUXOL®, solution buvable :

- si vous êtes allergique (hypersensible) à la substance active ou à un des autres composants contenus dans ce médicament ;
- Ne donnez pas MUXOL à votre enfant de moins de 2 ans.

6- EFFETS INDÉSIRABLES

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

- Rare : pouvant survenir au maximum chez 1 personne sur 1 000 :

Réaction d'hypersensibilité ;

Eruption cutanée, urticaire.

Fréquence indéterminée : ne peut être estimée sur la base des données disponibles :

Réactions anaphylactiques, dont choc anaphylactique, angio-oedème (gonflement rapide de la peau, du tissu sous-cutané, de la muqueuse ou du tissu sous-muqueux) et prurit ;

Réactions cutanées sévères (dont érythème polymorphe, syndrome de Stevens-Johnson/syndrome de Lyell et pustulose exanthématique aiguë généralisée) ;

Troubles digestifs mineurs à type de nausées, vomissements, brûlure d'estomac. Il est conseillé dans ce cas de diminuer la posologie.

Maux de tête, vertige.

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

38,80

موكسول
أميروكسول

بدون سكر

ichiques

OEDES® 20 mg

Microgranules gastro-résistants en gélules

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute question, demandez à votre pharmacien ou à votre médecin.
- Ce médicament va être pris seul ou avec d'autre, même en cas de grossesse.
- Si l'un des effets indésirables non mentionné dans la notice.

LOT 181038
EXP 02/2021
PPV 52.80DH

DENOMINATION DU MEDICAMENT :
OEDES® 20 mg

COMPOSITION :

Chaque gélule contient 20mg de substance active : oméprazole.
Excipients : qsp 1 gélule.

FORME PHARMACEUTIQUE ET PRESENTATIONS :

Microgranules gastro-résistants en gélules. Disponibles en boîtes de 7, 14, 28 et 56 gélules.

CLASSE PHARMACOLOGIQUE OU THERAPEUTIQUE :

Oedes 20mg, microgranules gastro-résistants en gélule contient une substance appelée oméprazole. C'est un médicament de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons. Il diminue la sécrétion acide au niveau de l'estomac.

DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Indications :

Adulte :

- En association à une bithérapie antibiotique, éradication de Helicobacter pylori en cas de maladie ulcéruse gastroduodénale.
- Ulcère duodénal évolutif.
- Ulcère gastrique évolutif.
- Oesophagite érosive ou ulcéreuse symptomatique par reflux gastro-oesophagien.
- Traitement symptomatique du reflux gastro-oesophagien associé ou non à une oesophagite, en cas de résistance à la posologie de 10 mg d'oméprazole par jour.
- Traitement d'entretien des ulcères duodénaux chez les patients non infectés par Helicobacter pylori ou chez qui l'éradication n'a pas été possible.
- Traitement d'entretien des oesophagites par reflux gastro-oesophagien.
- Syndrome de Zollinger-Ellison.
- Traitement des lésions gastroduodenales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens lorsque la poursuite des anti-inflammatoires est indispensable.
- Traitement préventif des lésions gastroduodenales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens chez les patients à risque (notamment âge supérieur à 65 ans, antécédents d'ulcère gastroduodenal) pour lesquels un traitement anti-inflammatoire est indispensable.

Enfant à partir de 1 an :

- Oesophagite érosive ou ulcéreuse symptomatique par reflux gastro-oesophagien.

DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Contre-indications :

Ne prenez jamais Oedes 20mg, microgranules gastro-résistants en gélule:

- En cas d'allergie connue à l'un des composants de ce médicament.
- En association avec l'atazanavir associé au ritonavir (médicament anti-infectieux).

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

Docteur Isaac COHEN

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Strasbourg

Ancien Attaché des Hôpitaux
de Strasbourg

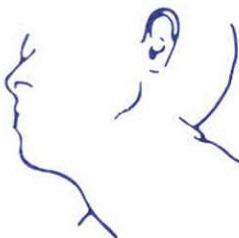
Spécialiste ORL

Maladie et CHIRURGIE

NEZ - GORGE - OREILLE

FACE et COU

VERTIGES - SURDITE - RONFLEMENT



الدكتور إسحاق كوهن

خريج كلية الطب بستراسبورغ

عمل سابقاً بمستشفيات ستراسبورغ

اختصاصي

في أمراض وجراحة

الأنف - العنق - الأذنين

علاج الدوخة الصمم والشخير.

Casablanca, le 8/10/15

الدار البيضاء، المغرب

Dr. Dr. D. Nabil,

Resultats de mes
opérations de DAH
en chirurgie
d'ici à + 420



Docteur Isaac COHEN
Diplômé de la Faculté de médecine
De Strasbourg
Ancien Attaché des Hôpitaux
De Strasbourg
Spécialité ORL
Maladie et CHIRURGIE
NEZ-GORGE-OREILLE
FACE et COU
VERTIGE-SURDITE-RONFLEMENT

Casablanca le 08/10/19

NOM: DAOUD
PRENOM: NABIL
AGE: 56 ans
Examen fait le : 08/10/19

COMPTE RENDU DE NASOFIBROSCOPIE

- Exploration faite en vue de d'explorer une dysphonie récidivante
- Anesthésie locale de contact à la Xylocaïne 5% en pulvérisation.

FOSSES NASALES: - Rhinite

CAVUM: - Inflammatoire

OROPHARYNX: - Pharyngite+++
- RGO ?

LARYNX: - RAS

SINUS PERIFORME: - Libres

CONCLUSION: - Rhinopharyngite -RGO
- Traitement médical -A suivre

