

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

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

N° P19-0025902

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2581 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ABDELKARIM BRAHIM

Date de naissance : 01/11/46

Adresse : HAY TAKADOM N°4 BIR Jdid

BP 58 CENTRE BIR Jdid

Tél. : 0670882333 Total des frais engagés : 467.- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/03/2020

Nom et prénom du malade : BRAHIM ABDELKARIM Age :

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

Nature de la maladie : Blaudite

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 : BIR Jdid Le : 20/03/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
18/03/2020		C	2000H	Docteur Adil Chahar Médecin Généraliste 83 Bd Mohammed V Rés Rédaoui Bir Jdid Tél: 052 335 03 30 / Gsm: 0665 31 21 33

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/03/2020	267,000

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

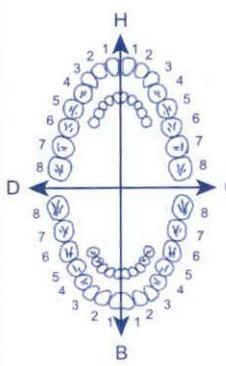
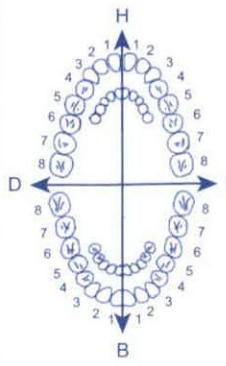
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				MONTANTS DES SOINS	
				DATE DU DEVIS	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Adil CHATTOURI

Diabétologie et Nutrition

Diplôme Universitaire de la Faculté
de Médecine de Bordeaux - France

Médecine Générale

Echographie - ECG

Oxygénothérapie - Radiologie

Analyses Médicales

Radiographie Numérique



الدكتور عادل الشاطوري

علاج أمراض السكري والتغذية
دبلوم جامعي من كلية الطب بوردو فرنسا

الطب العام

الفحص بالصدى

تخطيط القلب - الفحص بالأشعة

الأوكسجين - التحاليل الطبية

التصوير الرقمي بالأشعة

Bir Jdid, le : 18 MAR 2020

Norme Prénom

ABDELKALIM

ABDELKALIM

42 x y z all 5 m

7 4 5

108

163,4

21. Mon 2e dr

7 4 5 18

584

32 sleep 20

3e dr

65

867100

الدكتور عادل الشاطوري
Docteur Adil Chattouri

Médecin Généraliste

83 Bd Mohammed V Rés. Rédoui, Bir Jdid
Tél: 0523 36 03 30 / Gsm: 0665 31 21 33



6 18000 060536

20 Comprimés effervescents
Solupred® 20 mg

58,40

Solupred® 20 m

Veuillez lire attentivement l'intégralité de la notice avant d'utiliser ce médicament.

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

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

Composition

Métasulfobenzolate de prednisolone et de sodium quantité correspondant en prednisolone à ... 20 mg.
Excipients : Acide tartrique, acide citrique anhydre, bicarbonate de sodium, benzoate de lithium, citron arôme naturel, saccharinate de sodium, silicone émulsion anti-mousse.
Chaque comprimé contient 50,80 mg de sodium.

Forme pharmaceutique et présentation

Comprimé effervescent. (Flacon (verre) de 20).

Classe pharmaco-thérapeutique

GLUCOCORTICOIDES - USAGE SYSTEMIQUE
(H : Hormones systémiques non sexuelles)

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament est un corticoïde.
Il est indiqué dans certaines maladies, où il est utilisé pour son effet anti-inflammatoire.

ATTENTION !

Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- la plupart des infections,
- certaines maladies virales en évolution (hépatites virales, herpès, varicelle, zona),
- certains troubles mentaux non traités,
- vaccination par des vaccins vivants,
- allergie à l'un des constituants.

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

Mises en garde spéciales

Ce médicament doit être pris sous stricte surveillance médicale.

AVANT LE TRAITEMENT :

Prévenir votre médecin en cas de vaccination récente, en cas d'ulcère digestif, de maladies du côlon, d'intervention chirurgicale récente au niveau de l'intestin, de diabète, d'hypertension artérielle, d'infection (notamment antécédents

Solupred® 20mg

Prévenir votre médecin en cas de voyage dans les régions tropicale, subtropicale ou le sud de l'Europe, en raison du risque de maladie parasitaire.

La prise de ce médicament en association avec le sultopride (un médicament agissant sur le système nerveux central) ou avec un vaccin vivant atténué est à éviter (voir rubrique "interactions médicamenteuses et autres interactions").

PENDANT ET APRES LE TRAITEMENT :

Eviter le contact avec les sujets atteints de varicelle ou de rougeole.

En cas de traitement prolongé, ne jamais arrêter brutalement le traitement mais suivre les recommandations de votre médecin pour la diminution des doses.

Sous traitement et au cours de l'année suivant l'arrêt du traitement, prévenir le médecin de la prise de corticoïde, en cas d'intervention chirurgicale ou de situation de stress (fièvre, maladie).

Les corticoïdes oraux ou injectables peuvent favoriser l'apparition de tendinopathie, voire de rupture tendineuse (exceptionnelle).

Prévenir votre médecin en cas d'apparition de douleur tendineuse.

Précautions d'emploi

Pendant le traitement, votre médecin pourra vous conseiller de suivre un régime, en particulier pauvre en sel. Tenir compte de l'apport en sodium (environ 51 mg par comprimé).

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

Interactions médicamenteuses et autres interactions

Ce médicament DOIT ETRE EVITE en association avec le sultopride (un médicament agissant sur le système nerveux central) ou avec un vaccin vivant atténué (cf "Mises en garde spéciales").

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

Grossesse - Allaitement

Grossesse :

Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse qu'en cas de nécessité.

Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin



LOT 192542 2

EXP 11 2023

45,20

PPV 45 20

XYZALL 5 mg
Dichlorhydrate de Lévocétirizine*



XYZall 5 mg

14 comprimés pelliculés non remboursable AMO



6 118000 021582

nt de prendre ce médicament. Elle contient des informations
estions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations
é personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un
rait lui être nocif. Gardez cette notice, vous pourriez avoir

ute
izine

comprimé pelliculé

izine 5 mg pour un comprimé pelliculé

, silice colloïdale anhydre, stéarate de magnésium.
yde de titane (E 171), macrogol 400]

liculé ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ?

pelliculé, boîte de 14 et 28. XYZALL est un médicament
nes associés à l'allergie, tels que :
mpris les atteintes oculaires (conjonctivite allergique) ;

**PRENDRE XYZALL 5 mg, comprimé pelliculé
S ETRE UTILISE dans les cas suivants :**

- Si vous êtes allergique à la lévocétirizine ou à toute substance chimique apparentée, ou à l'un des autres composants contenus dans XYZALL.
- Si vous souffrez d'insuffisance rénale grave.

Prendre des précautions particulières avec XYZALL 5 mg, comprimé pelliculé

Mises en garde :

- XYZALL n'est pas recommandé chez l'enfant de moins de 6 ans car il n'existe pas encore de dosage adapté.
- XYZALL ne doit pas être utilisé en cas de galactosémie, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en lactose (maladies métaboliques rares), en raison de la présence de lactose dans le comprimé.

- Précautions d'emploi :

- Si vous souffrez de troubles rénaux, la dose pourra être réduite en fonction de la gravité de votre maladie. Suivez les instructions de votre médecin.
- La prudence est recommandée en cas d'absorption d'alcool en même temps que XYZALL. Chez certains patients sensibles, la prise simultanée de lévocétirizine et d'alcool pourrait avoir des effets sur le système nerveux, bien que la cétirizine (produit chimiquement apparenté) n'ait jamais montré une augmentation des effets liés à l'alcool.

Grossesse :

Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse que sur les conseils de votre médecin.
D'une façon générale, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

MONOZECLAR®

500 mg Clarithromycine

10 comprimés pelliculés à libération modifiée

Titulaire de l'AMM au Maroc /

مالك ترخيص التسويق في المغرب

Laboratoires Maphar

Km 10, route côtière 111

Quartier industriel

Zenata-Ain Sebâa

MAROC

Rachid LAMRINI, Pharmacien Responsable

Fabricant / المصنع

Abbvie SRL

Strada Regionale 148 pontina KM 52 SNC,

Campoverde, Aprilia (LT)

I-04011, Italy No. 00M299



Abbott



8 002660 028389

.....Comprimé(s) par jour en 1 prise pendant.....jours.
Traitement débuté le.....

.....قرص (أقراص) في اليوم للتناول دفعة واحدة خلال أيام.
.....بدأ العلاج بتاريخ

Maphar

Km 10, Route Côtière 111.

QI Zenata Ain sebâa Casablanca

Monozeclar 500 mg cp pel

Im b10 mv

P.P.V : 183,40 DH



6 118001 183838