

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

tions 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

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.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1403 Société : /

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BOUGJA GHANIA (vr) BENANI

Date de naissance : 11/05/59 DAKHANA CHAKIB

Adresse : Résidence MARJANA APP 4 min/4

californie

Tél. : 06 61 19 66 18 Total des frais engagés : 334,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. BENJELLOUN M.KAMAL

Diplômé en Diabétologie et Nutrition de Bordeaux

Diplômé en Médecine du Sport de Rennes

Diplômé en Echographie Générale de Montpellier

Résidence El Mousa N° 12 Bd Ghandi - Casablanca

Tél: 05 22 36 18 77 Gsm: 06 61 32 74 20

Date de consultation : 9/05/2015

Nom et prénom du malade : BENANI Ghania Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : OTC

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 : CAHIBI M. KAMAL Le : 05/05/2015

Signature de l'adhérent(e) : GH



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
3/08/21	C + B10			DR. B. JELLOUN M. KAMAL Spécialiste en Diabétologie et Nutrition Spécialiste en Médecine Générale et de Médecine de Famille Spécialiste en Echographie Génitale et Obstétrique Gsm: 0661 32 74 20

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE JERRADA 61, Bd Abderrahim Bouabid Oasis - CASABLANCA Tél. 23.54.49 / 99.05.18	3/08/2021	132.60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

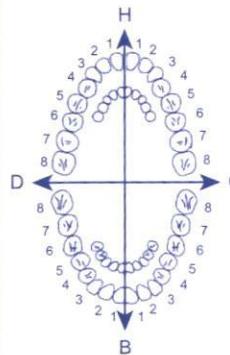
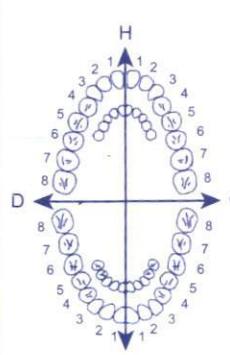
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, 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			Coefficient des travaux
	H	25533412 21433552 00000000 00000000	G	
D	00000000 00000000	B	35533411 11433553	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. BENJELLOUN EL MOSTAFA KAMAL
Omnipraticien

Diplômé en Diabétologie et Nutrition
de l'Université de Bordeaux

Membre de la Société Francophone
de Diabétologie (SFD)

Diplômé en Echographie Générale
de la Faculté de Médecine de Montpellier

Diplômé en Médecine de Sport
de la Faculté de Médecine de Rennes

Electrocardiogramme

Résidence El Mansour N° 12 - Bd. Ghandi
Cabinet : 05 22 36 78 77 - Casablanca

Urgences : 06 61 32 74 20

الدكتور بن جلون المصطفى كمال
طبيب عام

حاصل على دبلوم مرض السكري والتغذية
من كلية الطب ببوردو

عضو في الجمعية الفرنسية
لداء السكري

حاصل على دبلوم الفحص بالصدى
من كلية الطب بمونبلي

حاصل على دبلوم الطب الرياضي
من كلية الطب ببرين

تخطيط القلب

إقامة المنصور رقم 12 - شارع غاندي
العيادة : 05 22 36 78 77 - الدار البيضاء

مستعجلات : 06 61 32 74 20

CASABLANCA, LE 9/08/11

الدار البيضاء، في

Bechari El HAMIA

79.70

Syft demofse

PHARMACIE JERRADA
61, Bd Abderrahim Bouabid
Oasis - CASABLANCA
Tél: 29.55.45 / 59.05.18
Tel. 66.90

134.00

134.60

AS

AS

Dr. BENJELLOUN EL Mostafa Kamal
MEDECIN AGREE
Par le Ministère de la Santé
Rés. El Mansour N° 12 Bd. Ghandi
Casablanca Tél: 05 22 36 78 77

ZI

ZINASKIN®

PPV 40DH90

EXP 11/2023

LOT 0N039 37

FORME PHARMACEUTIQUE ET

Boîte de 20 comprimés effervescent

COMPOSITION QUALITATIVE :

Sulfate de zinc monohydrate 123,

(correspondant à 45 mg de zinc par comprimé)

Excipient : acide citrique, bicarbonate de sodium,

polyoxyéthylène glycol 4000, saccharose,

arôme citron-menthe, arôme caramel, huile essentielle de menthe poivrée.

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE :

Oligo-élément.

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

- Acné
- Séborrhée - Pelade - Chute de cheveux
- Psoriasis
- Aphthose - Grande aphthose buccale
- Eczéma atopique
- Ulcères des jambes
- Acrodermatite entéropathique.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

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

- Ulcère gastrique ou duodénal évolutif

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

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS :

Risque de chélation dans le tube digestif avec :

- Tetracyclines
- Médicaments à base de calcium ou de fer
- Pansements gastriques alcalins
- Aliments à forte teneur en acide phytique (pain complet, germes de soja, grains de maïs).

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

EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE :

Saccharose, sorbitol, sodium cyclamate, saccharine sodique.

Teneur en sodium : environ 185 mg de sodium par comprimé effervescent.

COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?

a - Posologie :

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE

UT.AV. :

0 8 2 0 2 2

P.P.V.

7 9 7 0

ZITHROMAX

azithromycin

POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE - P

LOT N° :

1 2 9 5 6 8 4

79,70

09366030/4

COMPOSITION ET PRÉSENTATION :

Azithromycine (DCI) dihydrate

- Comprimé 500 mg, boîte de 3 comprimés
- Poudre pour sachet à 100 mg par voie orale, boîte de 3 sachets
- Poudre pour sachet à 200 mg par voie orale, boîte de 3 sachets
- Poudre pour sachet à 300 mg par voie orale, boîte de 3 sachets
- Poudre pour sachet à 400 mg par voie orale, boîte de 3 sachets
- Poudre pour suspension buvable 200 mg/5 ml, flacon de 15 ml, 1 cuillerée mesure est égale à 5 ml équivalent à 200 mg.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

- ZITHROMAX est un antibiotique de la classe des azalides, apparenté aux macrolides.
- ZITHROMAX est préconisé dans les infections ou surinfections bactériennes à germes sensibles.

CONTRE-INDICATIONS :

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

MISE 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 manifestations allergiques survenues 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 à l'origine allergique,
- prise concomitante d'autres médicaments,
- grossesse,
- allaitement.

EFFECTS INDÉSIRABLES :

Doliprane

PARACÉTAMOL

44,00

PPV 14DH00

PER 01/24

LOT K14U



DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé

La substance active est : paracétamol 1 (1111,11 mg), pour un comprimé.

Les autres composants sont : croscarmello,

maïs prégelatinisé, acide stéarique (origine végétale).

QU'EST-CE QUE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ?

Ce médicament contient du paracétamol. Il est indiqué en cas de douleur et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Il peut également être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose.

Cette présentation est réservée à l'adulte (à partir de 15 ans) :

Lire attentivement la rubrique "Posologie".

Pour les enfants de moins de 15 ans, il existe d'autres présentations de paracétamol. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

QUELLES SONT LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE PRENDRE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ?

Contre-indications :

Ne pas prendre DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé dans les cas suivants : allergie connue au paracétamol, maladie grave du foie, enfant de moins de 15 ans.

PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIERES AVEC DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ :