

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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 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



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° P19-0029500

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5340

Société : 92719

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MOURAD BOUCHAIB

Date de naissance : 1953

Adresse :

Tél. : 06635172

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. AMRANT HENCHI SAIDA
Pneumo-Phlébologue et Allergologue
Résidence Firdaous, GH25A
RDC - CASABLANCA
Tél : 05 22 89 02 02

Date de consultation : 03/11/2021

Nom et prénom du malade : MOURAD BOUCHAIB

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : insuffisance cardiaque

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) :

[Signature]

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
02.11.2021		02	2580	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/11/2021	770,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

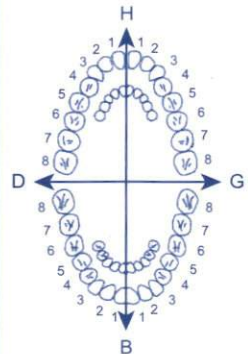
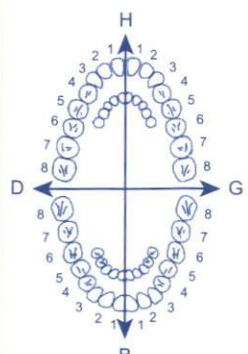
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan d

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 border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS																					
				DATE DU DEVIS																					
			DATE DE L'EXECUTION																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

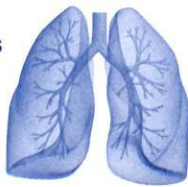
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur AMRANI HENCHI SAIDA

Pneumo - phtisiologue
Maladies Respiratoires et Allergiques
Asthme, Rhinite, Tuberculose

Adultes et Enfants

Ex Médecin au CHU Ibn Rochd
Et Hôpital Moulay Youssef



الدكتورة حميراني حنيت سعيدة
اختصاصية
في أمراض الجهاز التنفسي
الضيق، داء السل
كبار وأطفال

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد
و مستشفى مولاي يوسف

PHARMACEUTIQUE SEMLALI
n°83, Angle des Rues 41 et 1.
Ain El Khadir
Tél : 05 22 89 62 93

Casablanca, le

03.11.2021

الدار البيضاء، في

mon ARIO Pouches
U8.5042

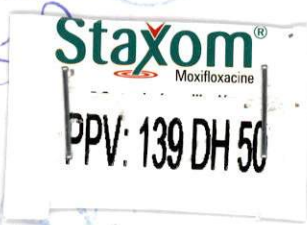
① ~~Colgate 2000~~ N°2



3 p / matin après
150,00 x 3

② Flexalub 200

2 p x 2 p
139,50



③ Staxom 400

45,30 x 1 p / 15

④ Flexalub
2 p x 5 p / 20



38.80

⑤ muze

As-27:78

770.60

Dr. AMRANI HENCH SAIDA
Pneumo-Phisiologie et Allergologie
Résidence Birdaous, GH25A
RDC - CASABLANCA
Tél: 05 22 89 02 02

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 150,00 DH
ID: 646957
6 118001 140336

PHARMACIE SEMLALI
7°83, Angle des Rues 11 et 1:
Sid El Khadir
Tél: 05 22.89.62.93

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 150,00 DH
ID: 646957
6 118001 140336

موكسول 0,3%

محلول للشرب في قنينة من فئة 125 مل ماء 250 مل

(التسمية المتداولة دوليا : كلور هيدرات)

PPV (DH) :

LOT N° :

38,80

AV :

تفضل بقراءة كاملة ومتعمقة لهذه النشرة قبل تناول هذا الدواء، إنها تحتوي
إذا كانت لديك أية أسئلة أخرى أو أي شك، اطلب المزيد من المعلومات من
احتفظ بهذه النشرة، فقد تحتاج لإعادة قراءتها.

إذا كنت بحاجة للمزيد من المعلومات والنصائح، استشر الصيدلي
إذا تفاقم الأعراض أو استمرت بعد 8 إلى 10 أيام، استشر الطبيب.
إذا تفاقم إحدى الآثار الجانبية أو شعرت بأي أثر جانبي غير وارد في هذا

التركيبة :

كلور هيدرات الأمبروكسول 0,300 غرام

الكمية الموافقة للأمبروكسول قاعدة (0,273 غرام)

سواغ : الكمية الكافية ل 100 مل :

جليسيرول، سوربيتول، باراهيدروكسي بنزوات البروبيل والميثيل، نكهة الموز، حامض الستريك أحادي المائية، ماء منقى.

سواغ ذو تأثير معلوم :

باراهيدروكسينزوات الميثيل، باراهيدروكسينزوات البروبيل، سوربيتول.

الفئة الدوائية والعلاجية :

مذيب للمخاط : (R : الجهاز التنفسي)

دواعي الاستعمال

علاج اضطرابات الإفرازات الشعبية عند الكبار والأطفال. خصوصا أثناء الآفات الحادة والنوبات الحادة لالتهاب الشعب والرئة المزمن.

هذا الدواء هو منظف للصدر، يسهل إخراج الإفرازات القصبية عن طريقة السعال.

الجرعات :

عند الكبار :

- المقادير المعتادة : ملعقة كبيرة صباحا ومساء.

عند الأطفال :

- أكثر من 5 سنوات : ملعقة صغيرة 3 مرات في اليوم.

- من 2 إلى 5 سنوات : نصف ملعقة صغيرة 3 مرات في اليوم.

طريقة الاستعمال

عن طريق الفم.

عدد المرات وتوقيت استعمال هذا الدواء :

يجب تفريق الجرعات بفترات منتظمة

مدة العلاج :

مدة العلاج لا يجب أن تتجاوز 8 إلى 10 أيام بدون استشارة الطبيب.

نواهي الاستعمال

لا يجب أخذ موكسول، محلول للشرب

إذا كانت لديك حساسية (حساسية مفرطة) اتجاه المادة الفعالة أو أحد مكونات هذا الدواء.

لا تعطوا موكسول للرضيع أقل من 2 سنوات.

تأثيرات غير المرغوب فيها :

مثل كل الأدوية، قد ينجم عن موكسول تأثيرات غير مرغوبة، علما أن ليس كل الأشخاص معرضين لها.

تحذيرات خاصة

إذا أخبركم طبيبكم بعدم تحملكم لبعض السكريات المرجو استشارته قبل أخذ هذا الدواء.

هذا الدواء يحتوي على السوربيتول. لا ينصح استخدامه عند المرضى الذين يعانون من عدم تحمل الفركتوز (مرض وراثي نادر).

بسبب وجود السوربيتول، يمكن لهذا الدواء أن يسبب اضطرابات خفيفة في الجهاز الهضمي (الإسهال).

يحتوي هذا الدواء على "البارابين" وقد يسبب الحساسية.

قد تم الإبلاغ عن حالات تفاعلات جلدية خطيرة خلال تناول الأمبروكسول. إذا ظهر طفح على جلدك (بما في ذلك الأغشية المخاطية، على سبيل المثال في الفم والحلق والأنف والعينين والأعضاء التناسلية)،

Cotipred® 20 mg

prednisolone

PPV : 48DH50

PEP : 09/24

LOT : K2544

ne métrasulfobenzoate sodique) exprimé en base 20 mg
..... 1 comprimé.
ure : lactose, sorbitol (contenu dans l'arôme orange-pamplemousse)

Boîte de 20 comprimés **solubles effervescents** avec barre de cassure.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Ce médicament est un corticoïde.

Il est indiqué dans certaines maladies où il est utilisé pour son effet anti-inflammatoire.

CONTRE-INDICATIONS :

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.

Ce médicament **NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE**, sauf avis contraire de votre médecin, en association avec des médicaments pouvant donner certains troubles du rythme cardiaque (cf. Interactions médicamenteuses et autres interactions)

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

MISES EN GARDE SPECIALES :

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 maladie du côlon, d'intervention chirurgicale récente au niveau de l'intestin, de diabète, d'hypertension artérielle, d'infection (notamment antécédents de tuberculose), d'insuffisance hépatique, d'insuffisance rénale, d'ostéoporose et de myasthénie grave (maladie des muscles avec fatigue musculaire).

Prévenir votre médecin en cas de séjour dans les régions tropicales, subtropicales ou le sud de l'Europe, en raison de maladies parasitaires.

PENDANT 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).

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

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

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 IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN et notamment des médicaments pouvant donner certains troubles du rythme cardiaque : astémizole, bépridil, erythromycine en injection intra-veineuse, halofantrine, pentamidine, sparfloxacine, sultopride, vincamine.

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 car lui seul peut juger de la nécessité de poursuivre ce traitement.

ALLAITEMENT : L'allaitement est à éviter pendant le traitement en raison du passage dans le lait maternel.

Cotipred® 20 mg

prednisolone

PPV : 48DH50

PEP : 09/24

LOT : K2544

ne métrasulfobenzoate sodique) exprimé en base 20 mg
..... 1 comprimé.
ure : lactose, sorbitol (contenu dans l'arôme orange-pamplemousse)

Boîte de 20 comprimés **solubles effervescents** avec barre de cassure.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Ce médicament est un corticoïde.

Il est indiqué dans certaines maladies où il est utilisé pour son effet anti-inflammatoire.

CONTRE-INDICATIONS :

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.

Ce médicament **NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE**, sauf avis contraire de votre médecin, en association avec des médicaments pouvant donner certains troubles du rythme cardiaque (cf. Interactions médicamenteuses et autres interactions)

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

MISES EN GARDE SPECIALES :

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 maladie du côlon, d'intervention chirurgicale récente au niveau de l'intestin, de diabète, d'hypertension artérielle, d'infection (notamment antécédents de tuberculose), d'insuffisance hépatique, d'insuffisance rénale, d'ostéoporose et de myasthénie grave (maladie des muscles avec fatigue musculaire).

Prévenir votre médecin en cas de séjour dans les régions tropicales, subtropicales ou le sud de l'Europe, en raison de maladies parasitaires.

PENDANT 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).

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

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

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 IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN et notamment des médicaments pouvant donner certains troubles du rythme cardiaque : astémizole, bépridil, erythromycine en injection intra-veineuse, halofantrine, pentamidine, sparfloxacine, sultopride, vincamine.

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 car lui seul peut juger de la nécessité de poursuivre ce traitement.

ALLAITEMENT : L'allaitement est à éviter pendant le traitement en raison du passage dans le lait maternel.