

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.

Prothèse :

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° M21- 081968

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10079 Société : 102262

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FATIHA EZZABDI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066.876.6826 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdelhakim BOUABID
Spécialiste O.R.L.
Chirurgie Cervico Faciale
Tél : 05 22 32 64 60

Date de consultation : 25/01/2022

Nom et prénom du malade : EZZABDI Fatima Age : 57 ans

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

Nature de la maladie : Polype nasale sinusienne

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 : 02/02/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-81968

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 10079

Nom de l'adhérent(e) : 10156 DH

Total des frais engagés : 10156 DH

Date de dépôt : 02/02/2022


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
25/01/22	C		200 DH	Dr. Abdelhakim BOUABID Spécialiste O.R.L Chirurgie Service Faciale Tél : 05 22 32 64 60

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ALTAIR Imagerie 123 Bd ALMA - Casablanca Maroc - Tél : 05 22 32 45 94	25/01/22	156,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	31/01/22	TDM B. P. D. M.	200 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

88818

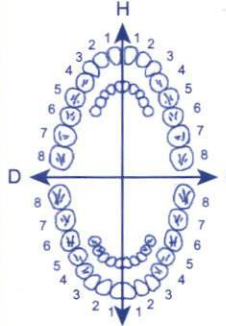
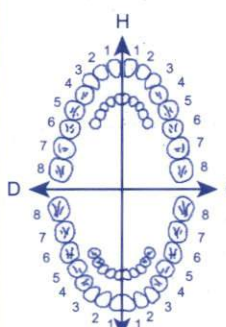
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	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'

Docteur
BOUABID Abdelhakim



الدكتور
بوعبيد عبد الحكيم

Spécialiste en ORL et Chirurgie
CERVICO - FACIALE
Exploration Endoscopique
Exploration Vertige et Surdité

إختصاصي في أمراض و جراحة الأنف و الأذن
و الحنجرة و الوجه و العنق
إختبارات الدوخة و وظائف السمع
الفحص بالمنظار و المجهر

INPE : 061126140

Berrechid le : 25/11/2022
Ezz-bdi fahs

120,00

clavil

250mg

1 cp - 2 / j 8j



Kapreol

250mg

3 - 4 / j 16 semaines 8j



36,40

156,40



❖ 332, Lot Nasr Allah Rés. Mohamed 1er Etage
Appt 2 - Berrechid ☎ 0522 32 64 60
ICE: 001866801000095 - IF :14445762

❖ 332 تجزئة نصر الله إقامة محمد
الطابق الأول رقم 2 - برشيد

CLARIL®
comprimé pelliculé
Clarithromycine 250 mg - 500 mg

FORMES ET PRESENTATIONS :

Comprimé dosé à 250 mg de clarithromycine - Boîte de 14.

Comprimé dosé à 500 mg de clarithromycine - Boîte de 14.

COMPOSITIONS :

Clarithromycine

Excipients q.s.p.

Pelliculage : opadry, colorant jaune de quinoléine.

PROPRIETES :

Antibiotique de la famille des macrolides.

INDICATIONS :

Traitement des infections dues aux germes définis comme sensibles à

- Sinusites aiguës.

- Exacerbations des bronchites chroniques.

- Pneumopathies communales non sévères.

- Traitement curatif des infections à *Mycobacterium avium* chez les patients

- Angines documentées à streptocoque A bêta-hémolytique.

- Surinfections des bronchites aiguës.

- Infections cutanées bénignes.

- Infections stomatologiques.

- En association à un autre antibiotique et à un antisécrotoire, éradication de *Helicobacter pylori* en cas de maladie ulcéreuse gastro-duodénale.

CONTRE-INDICATIONS :

Absolues :

- Hypersensibilité à la clarithromycine ou à l'un des composants.

- Allergie aux macrolides.

- Alcaloïdes de l'ergot de seigle (dihydroergotamine, ergotamine), cisapride, mizolastine, pimozone, bédridil.

Relatives :

- Bromocriptine, cabergoline et pergolide, tacrolimus, ebastine, tolterodine, halofantrine.

- Grossesse et allaitement.

POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI :

- Angines : 500 mg/j, en 2 prises pendant 5 jours.

- Infections stomatologiques et cutanées : 500 mg/j en 2 prises.

- Infections bronchiques : 500 mg à 1 g/j en 2 prises pendant 7 jours.

- Sinusites aiguës, pneumopathies, bronchites chroniques : 1 g/j en 2 prises pendant 7 jours.

- Eradication de *Helicobacter pylori* : 500 mg soit 1 comprimé associé à 1 g d'amoxicilline et 20 mg d'oméprazole

matin et soir pendant 7 jours. La trithérapie sera suivie d'un traitement antisécrotoire d'une durée de 3 à 5 semaines.

- Respecter la prescription médicale.

- Avaler les comprimés avec un verre d'eau de préférence au cours des repas.

ADAPTATION DE LA POSOLOGIE :

- Chez les insuffisants rénaux (clairance de créatinine < 30 ml/min) réduire la posologie de moitié.

MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Mises en garde :

- Tenir compte de la possibilité de survenue de colites pseudomembraneuses.

- Associer obligatoirement la clarithromycine à d'autres antibiotiques dans le traitement des infections VIH (+).

- Ne pas associer la clarithromycine à d'autres médicaments oto-toxiques, et en particulier les aminosides.

Précautions d'emploi :

- En cas de survenue d'acouphènes ou de baisse de l'acuité auditive, un audiogramme devra être réalisé en plus d'une

modification posologique.

- Insuffisance hépatique sévère.

- Insuffisance rénale sévère.

- Prendre en compte la possibilité de résistance croisée entre la clarithromycine et les autres macrolides, et d'autres antibiotiques

telles que : la lincomycine et la clindamycine.

En cas de doute, demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

CLARIL® est un médicament, ne pas laisser à la portée des enfants.

SURDOSAGE :

En cas de surdosage, un lavage gastrique et un traitement symptomatique s'imposent.

EFFETS INDESIRABLES :

- Manifestations digestives : nausées, vomissements, gastralgies, diarrhée.

- Candidose buccale, glossite, stomatite.

- Manifestations cutanées allergiques.

- Hépatite cholestasique due à une augmentation transitoire des transaminases ASAT-ALAT.

- Des cas d'acouphènes et d'hypocousie dus à une posologie > à 1 g/j sur des périodes de traitement prolongées, réversibles

à l'arrêt du traitement.

- Rares cas de dysgueusies.

- Colorations dentaires réversibles avec des soins dentaires.

Tout autre effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice devra être signalé systématiquement à votre pharmacien.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT :

CLARIL® est déconseillé pendant la grossesse sauf nécessité absolue.

Interrompre l'allaitement en cas de survenue de troubles digestifs chez le nouveau-né allaité.

En cas de prise de cisapride par le nouveau-né allaité, la clarithromycine est formellement interdite.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES :

Afin d'éviter d'éventuelles interactions entre plusieurs médicaments, il faut signaler systématiquement tout autre traitement en cours à votre médecin ou à votre pharmacien.

Associations contre-indiquées : Alcaloïdes de l'ergot de seigle vasoconstricteurs, Cisapride, Pimozide, Bédridil, Mizolastine.

Associations déconseillées : Agonistes dopaminergiques, Ebastine, Tacrolimus, Tolterodine, Halofantrine.

Associations nécessitant des précautions d'emploi : Anticoagulants oraux, Ciclosporine, Digoxine, Midazolam, Triazolam, Rifabutine,

Atorvastatine, Céfivastatine, Simvastatine, Carbamazépine, Antiprotéases (indinavir, ritonavir), Disopyramide.

Associations à prendre en compte : Théophylline (base et sels) et Aminophylline.

CONDITIONS DE CONSERVATION : A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.

LISTE I - Délivré uniquement sur ordonnance.

- Comprimé à 250 mg Boîte de 14 : AMM N° 100/14 DMP/21/NCF

- Comprimé à 500 mg Boîte de 14 : AMM N° 101/14 DMP/21/NCF

Date de révision de la notice : Avril 2012



LABORATOIRES PHARMACEUTIQUES GALENICA
Z.I. Ouled Saleh - Casablanca - Maroc

Ima Adir
NCLZ1VFA01

CLINIQUE IBN ZOHR									
INPE, code à barres									
0	6	0	0	6	2	7	1	8	

Organisme Gestionnaire d'Assurance Maladie

FACTURE N°

170 / R / 2022

Assuré
Nom & Prénom
N° CIN
N° immatriculation

Bénéficiaire		
Nom & Prénom	EZZABDI FATIHA	
N° CIN	W222678	
<input type="checkbox"/> Assuré(e)	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant

RADIOLOGIE-IMAGERIE

Désignation	Qté	Cotation	Avec Injection	Total
SCANNER - BLONDEAU TDM	1	800,00		800,00
TOTAL				800,00

Arrêté la présente facture en Dirhams et en toutes lettres:

TOTAL GENERAL

HUIT CENTS

VISA ET CACHET DE LA CLINIQUE

