

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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Facturation :

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.

Optique :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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 personnelles.

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

11.3.21h

Déclaration de Maladie : N° S190002044

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 13089

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DARITH HAMZA

Date de naissance : 13 - 11 - 1994

Adresse : Bd Rachid 6, Andene Amore Guit, Casablanca

Tél. : 06 28 20 34 55 Total des frais engagés : 229,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/04/2022

Nom et prénom du malade : DARITH HAMZA

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie : Syndrome

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Sur place

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : DARITH H. HAKANI

Le : 25/04/2022

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
19/11/2012	Consultation	150.015		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 INPE : 05204739 Tel.: 0522 20 99 99 PHARMACIE OUM EL BANINE SAHIB MOULAYED 145, Rue Sraghnas 20520 Casablanca (4)	13/04/22	7970

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	H	Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

Docteur Badia MOUFID
Médecin
Médecine Générale

الدكتورة بدیعة مفید
طبية
الطب العام

- Diplômée en Gynécologie Obstétrique (Université de Besançon - France)
- Diplômée en Echographie (Université de Dijon - France)
- Diplômée en Hystéroscopie et Colposcopie (Université de Paris - France)
- Ancien Médecin Chef du Centre de Santé Sidi Maârouf

- شهادة في طب النساء والتوليد (جامعة بزانسون - فرنسا)
- شهادة في الفحص بالصدى (جامعة ديجون - فرنسا)
- شهادة فحص الرحم و عنق الرحم بالمنظار (جامعة باريس - فرنسا)
- طبيبة رئيسية سابقاً بالمركز الصحي سيدى معروف

Casablanca, le : 7/9/2022

DARAH

HAMZA

13,70

congratulations

sur Avis du
Médecin

Sur Avis du
Médecin

2)

Delipress 1g.

1cp. 2a/j p/50

3)

Zoakin cp.

1cp/j

4)

Ure 1000

1cp

5)

Urea 5%

1cp



ZITHROMAX*



azithromycine

POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE - POUDRE POUR SACHET - COMPRIMES

COMPOSITION ET PRESENTATION :

- 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.

PRECAUTIONS 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.

EFFETS

- Troubles digestifs minales.
- Manifestations cutanées

POSOLOGIE

Se conformer

- Adultes : 500 mg en une prise par jour pendant 3 jours.
- Enfant de

MODE D'EMPLOI

- ZITHROMAX
- ZITHROMAX suspension
- Agiter le flacon contenant la poudre pour suspension buvable dans un flacon en utilisant le tube gris.
- Après reconstitution, la suspension peut être conservée au réfrigérateur pendant 5 jours.
- Une seringue et une cuillère doseuse sont fournis.



6 118000 250500

tant ou en dehors des repas.

Agiter 9 ml d'eau froide et non gazeuse au contenu du flacon jusqu'à ce que la poudre soit bien diluée. Garder à température ambiante pendant 5 jours. Utiliser la boîte pour mesurer la quantité de produit à donner.