

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 canaux, 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 canaux.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-725269

125128

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5581 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SENHATI ABDELLEL

Date de naissance : 03-12-1957

Adresse : Rouda Lot AL BOUSTANE 1111 C3 Apt 13 Marrakech

Tél. : 064244457 Total des frais engagés : 37,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Jamal RAHIB
Médecine Générale
ECHOGRAPHIE GENERALE
DU de Gerontologie - Gériatrie
Av. Prince My Abdellah, Imm. Ben Rais, Apt. N°1
Marrakech Tél : 05 24 43 32 33

Date de consultation : 02 Aout 2022

Nom et prénom du malade : Mr SENHATI ABDELLEL Age : 65

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

Nature de la maladie : *Maladie chronique*

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 : Marrakech Le : 02/08/2022

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 Aout 2022			150,00	<p>071117857</p> <p>Dr. Jamal RAHIB Médecine Générale ECHOGRAFIE GÉNÉRALE Pédiatrie</p>

Médecine Générale
 ECHOGRAPHIE GÉNÉRALE
 DU de Gerontologie - Gériatrie
 My Abdellah, imm. Ben Rais, Apt. N°1
 Marrakech Tél: 05 24 43 32 33

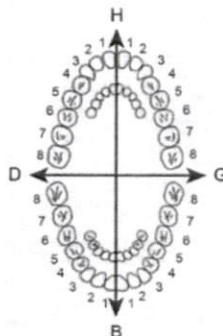
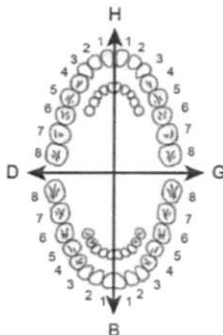
[illegible][illegible][illegible]

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP :

--	--	--	--	--	--	--	--	--

FIN
D'EXECUTION

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Jamal RAHIB
Médecine Générale
ECHOGRAPHIE GENERALE

Lauréat de la Faculté de Médecine de Casablanca
DU de GERONTOLOGIE- GÉRIATRIE
de l'université de Bordeaux (France)

الدكتور جمال رحيب
الطب العام
الفحص بالصدى الصوتي
خريج كلية الطب بالدار البيضاء
طب و أمراض الشيخوخة
من جامعة بوردو (فرنسا)

Sur Rendez-vous

Marrakech, le 02 Aout 2022 مراكش في

Mr. SENYATSI DJADIE
ABDELRAHMANE
1) Aeromax 190,00
2) 72,70
3) 88,00
Aeromax®
Budesonide
LOT:036R015A
PER:10/2023
PPV:190,00 dh
PHARMACIE KAADDOUD
53, Imm Ben Rais Lot Outhmade
Av Prince My Abdallah - Marrakech
05 24 44 65 55

شارع مولاي عبد الله (شارع أسفي سابقا) عمارة ابن الرايس شقة رقم 1 (قرب صيدلية القعدود ومقهى
امنيكور) مراكش الهاتف: العيادة 05 24 43 32 33 المحمول: 06 66 10 28 83

Av. Prince Moulay Abdallah, Imm. Ben Rais, Appt N°1 (près de la pharmacie Kaadoud)

Tél.: Cabinet : 05 24 43 32 33 GSM : 06 66 10 28 83 - Patente N°: 45314568

4/ ^{36,40} Koproal → 2mg
3-1/1th-6

1) Rectus → 2mg
1 → 2 beru
6/1 meir

387,10

PHARMACIE KAADOUD
55/100m, Ben Kals Lot Ali Oulmadi
Av Prince My Abdellah - Marrakech
05 24 44 85 55

Dr. Jamal RAHIB
Médecine Générale
ECHOGRAPHIE GÉNÉRALE
DU de Gerontologie - Gériatrie
Av. Prince My Abdellah, imm. Ben Kals, Appt. N°1
Marrakech Tél : 05 24 43 32 33

FLONOX 500 MG

12 Comprimés pelliculés



6 118000 280484

250 mg
&
500 mg

LOT: 21185 PER: 05/2024
PPV: 72,70 DH

AMM : 80/11/DMP/21/NNP

Chaque étui contient 2 comprimés dosés chacun à 500 mg, soit 1000 mg de ciprofloxacine.

FLONOX® 500 mg, boîte de 12 comprimés pelliculés

Ciprofloxacine (DCI)..... 500 mg

Excipients q.s.p..... 1 comprimé pelliculé

Chaque étui contient 12 comprimés dosés chacun à 500 mg, soit 6000 mg de ciprofloxacine.

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Antibiotique de la famille des fluoroquinolones.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

FLONOX® est indiqué pour traiter les infections bactériennes suivantes :

Chez l'adulte :

Infections des voies respiratoires basses dues à des bactéries à Gram négatif (exacerbations de broncho-pneumopathie chronique obstructive, infections broncho-pulmonaires en cas de mucoviscidose ou de bronchiectasie, pneumonie)

- Otite moyenne chronique purulente
- Exacerbation aiguë de sinusite chronique, en particulier due à des bactéries à Gram négatif
- Infections urinaires
- Urétrite et cervicite gonococciques
- Orchi-épididymite y compris les infections dues à *Neisseria gonorrhoeae*
- Infections gynécologiques hautes y compris les infections dues à *Neisseria gonorrhoeae*
- Infections gastro-intestinales (par ex. diarrhée du voyageur)
- Infections intra-abdominales
- Infections de la peau et des parties molles dues à des bactéries à Gram négatif
- Otite maligne externe
- Infections ostéoarticulaires
- Traitement des infections chez les patients neutropéniques
- Prophylaxie anti-infectieuse chez les patients neutropéniques
- Prophylaxie des infections invasives à *Neisseria meningitidis*
- Maladie du charbon (prophylaxie après exposition et traitement curatif)

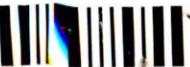
Chez l'enfant et l'adolescent :

- Infections broncho-pulmonaires en cas de mucoviscidose dues à *Pseudomonas aeruginosa*
- Infections urinaires compliquées et pyélonéphrite
- Maladie du charbon (prophylaxie après exposition et traitement curatif)

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

Posologie : La posologie dépend de l'indication, de la gravité et du siège de l'infection, de la sensibilité du/des germes en cause à la ciprofloxacine, de la fonction rénale du patient et du poids de l'enfant et de l'adolescent. La durée du traitement est fonction de la sévérité de la

PPV : 88DH00
PER : 11/24
LOT : K3191



.....10 mg
.....q.s.p. 1 comprimé

MODE D'EMPLOI ET ADMINISTRATION
Voie orale.

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Antihistaminique H1.

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT?

Ce médicament est un antihistaminique. (Il s'oppose aux effets de certaines substances telles que l'histamine libérées dans l'organisme au cours de l'allergie).

Il est préconisé :

Chez l'adulte pour traiter les symptômes :

- de la rhinite allergique saisonnière (ex. rhume des foins) ou perannuelle,
- de l'urticaire,
- des conjonctivites d'origine allergique.
- Chez l'enfant de 6 à 12 ans pour traiter les symptômes :
 - de la rhinite allergique saisonnière (ex. rhume des foins) ou perannuelle,
 - de l'urticaire.

COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?

Adulte et enfant de plus de 12 ans : 10 mg par 24 heures en 1 prise, soit 1 comprimé 1 fois par jour.

Enfant de 6 à 12 ans : 10 mg par 24 heures en 1 ou 2 prises, soit 1 comprimé 1 fois par jour ou ½ comprimé 2 fois par jour.

DANS TOUS LES CAS SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT?

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

- Si vous êtes allergique à l'un des composants de CURTEC, à l'hydroxyzine, à la lévocétirizine ou à l'éthylène diamine,
- Insuffisance rénale,
- Chez l'enfant de moins de 6 ans.



