

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.

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

- Reclamation : 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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° W21-637766

143853

Par courrier

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) 8036

Société : ROYAL AIR MAROC

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KIAL MOHAMMED

Date de naissance : 26.04.64

Adresse : Rue 440 N° 34 Rds El Gaidas

Tél. : 0661443827

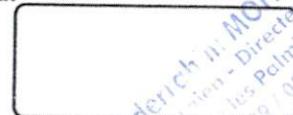
Total des frais engagés :

357,60

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

Nature de la maladie :

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 : 26/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-637766

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 :

8036

Nom de l'adhérent(e) :

KIAL

Total des frais engagés :

357,60

Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
26/10/2017	100%	6	6	INP : 11111111111111111111111111111111 Signature : Dr. Academie Chirurgie les Polys 39 39 39 39 05 23 35 58 40

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ONF

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	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11432553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11432553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11432553														
	<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/></p> <p>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></p> <p>DATE DU DEVIS <input type="text"/></p> <p>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/></p>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE PALMIER

Médecine-Chirurgie Générale
Orthopédie-Traumatologie
O.R.L et Chirurgie Maxillo-Faciale
Gynéco Obstétrique
Neuro chirurgie - Ophtalmologie
Pédiatrie
Réanimation Adulte et Enfant



مصحة النخيل

الطب العام. الجراحة العامة. جراحة العظام
والمفاصل. جراحة الأنف والأذن والحنجرة
جراحة الدماغ والأعصاب
جراحة العيون. طب الأطفال
جراحة الولادة والنساء . الإنعاش

Urgences 24h/24h

المستعجلات : 24 س/24 س

El Jadida, le:

26/10/22

DR ABOU EL FATTAH
MED SAID

Gynécologue - Obtétricien

Tél.: 05.23.37.30.31

DR A. MOFADDEL

Chirurgien Viscérale
et Générale - Proctologie
Chirurgie Cancerologique

Tél.: 05.23.34.10.40

GSM : 06.61.15.85.51

DR. M. SEKKAT

O.R.L et Maxillo - Facial

Tél.: 05.23.35.38.50

L.N.P : 110003464



110003464

16102022
57,90 Bactul 52
26,50 RediBr 153,30
32,60 Muvit 3 col
153,30 Perme 112100151
87,30 DE-R 24
357,60 24

PHARMACIE EL MOHIT
Tél: 05 23 34 38 50 - 06 61 15 85 51
ICE: 001455383000038 - N° de Compte: 117170 21211 5215733 000 1 44 B.P : Ligue Arabe 25000 - El Jadida
Email: cliniquepalmiers@menara.ma

Clinique Ligue Arabe - SARL.. au capital de 2.000.000,00 DH

Place SINTRA, Route Casablanca - 24000 El Jadida

Tél: 05.23.39.39.39 / 05.23.34.42.42 - Fax : 05.23.35.58.40

CNSS N° : 6229729 - I.F. N° : 05700019 - Patente N° : 42105609 - R.C. N° : 381

ICE: 001455383000038 - N° de Compte: 117170 21211 5215733 000 1 44 B.P : Ligue Arabe 25000 - El Jadida

Email: cliniquepalmiers@menara.ma

PPV(DH) :

LOT N° :

UT. AV.:

3260

1743

موکسول

أميروكسول

10 Comprimés
pelliculés sécables



6 118000 140740

بكتول
500 ملخ
سيبرو-فلوكساسين

LOT : 5095
PER : 12/23
PPV : 57,90 DH

Adulte

La dose limite habituelle

- Infections ostéo-articulaires, pneumo et de l'otite : 500 mg à 750 mg de BACTALL toutes les 12 heures pendant 7 à 14 jours. Les infections osseuses pourront nécessiter un traitement prolongé.

- Diarrhée bactérienne : 500 mg de BACTALL toutes les 12 heures 5 à 7 jours.

- Gonorrhée endocervicale et urétrale : 250 mg de BACTALL en dose unique.

- Fièvre typhoïde : 500 mg de BACTALL toutes les 12 heures pendant 7 à 14 jours.

- Infections microbiennes de l'appareil urinaire : 250 mg à 500 mg de Bactall toutes les 12 heures pendant 7 à 14 jours. Les infections sévères ou compliquées pourront nécessiter un traitement prolongé.

Insuffisant rénal

Chez le sujet insuffisant rénal (clairance de créatinine inférieure à 30 ml/min) et chez le malade sous hémodialyse et sous dialyse péritonéale chronique ambulatoire, la dose quotidienne sera réduite de moitié en observant un intervalle de 24 heures entre deux administrations.

Enfant

L'emploi des fluoroquinolones n'est pas recommandé chez les patients de moins de 18 ans. La Ciprofloxacin à toute fois été administrée aux enfants à des doses de 10 à 20 mg / kg de poids corporel toutes les 12 heures lorsqu'un traitement alternatif ne pouvait pas être utilisé.

EFFETS INDÉSIRABLES

- Troubles digestifs : malaises gastriques, douleurs abdominales, anorexie, nausées, vomissements, diarrhée, météorisme.

- Manifestations cutanées et allergiques : éruption érythémateuse maculo-papuleuse, urticaire ; rarement : photosensibilisation, purpura vasculaire, œdème de Quincke et choc de type anaphylactique.

- Atteintes de l'appareil locomoteur : douleurs musculaires et/ou articulaires.

- Manifestations neurologiques : convulsion, confusion, hallucination, céphalées, insomnie, troubles de la vision.

- Certaines atteintes rénales, manifestations hématologiques et hépatiques ont été rapportées.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

En raison du risque de toxicité articulaire, le BACTALL est contre-indiqué chez la femme enceinte et en cas d'allaitement.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

- L'administration concomitante de la Ciprofloxacin avec un dérivé de théophylline peut produire des concentrations sériques plus élevées et prolongées de la théophylline et augmenter le risque d'effets indésirables associés à la théophylline. Les concentrations sériques de la théophylline devront être surveillées et des ajustements de la posologie pourront s'avérer nécessaires.

- L'absorption de la Ciprofloxacin peut être diminuée par les antacides, la sulfite, la zinc, la cuivre, la magnésium et la lait.

BACTALL®
Ciprofloxacin

ent 250 mg et 500 mg de Chlorhydrate de Ciprofloxacin (exprimé en Ciprofloxacin).
un comprimé pelliculé.

ies de la bronchite et de l'otite, les infections de la peau, des tissus mous et les infections causées par des germes sensibles à BACTALL.

is hydrophilie, *E.coli* et *é*toxine-gène, *Salmonella* species, *Shigella flexneri*,

Escherichia *gonorrhoeae*.

E.

typhi sensibles à BACTALL.

la prostatite bactérienne provoquée par des germes sensibles et le traitement

s repas ou à jeun.

5 g de Ciprofloxacin par jour.

gram négatif ou infections de la peau et des tissus mous, surinfection de la bronchite et de l'otite : 500 mg à 750 mg de BACTALL toutes les 12 heures pendant 7 à 14 jours. Les infections sévères ou compliquées pourront nécessiter un traitement prolongé.

Les infections osseuses pourront nécessiter un traitement pendant 4 à 6 semaines ou plus.

- Diarrhée bactérienne : 500 mg de BACTALL toutes les 12 heures 5 à 7 jours.

- Gonorrhée endocervicale et urétrale : 250 mg de BACTALL en dose unique.

- Fièvre typhoïde : 500 mg de BACTALL toutes les 12 heures pendant 7 à 14 jours.

- Infections microbiennes de l'appareil urinaire : 250 mg à 500 mg de Bactall toutes les 12 heures pendant 7 à 14 jours. Les infections sévères ou compliquées pourront nécessiter un traitement prolongé.

MEDIBRONC ADULTES
Flacon de 150 ml

Non remboursable AMO



MEDIBRONC
CARBOCISTÉINE

SIROP EN FLACON

26,50

Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE MEDIBRONC, sirop en flacon ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE MEDIBRONC, sirop en flacon ?
3. COMMENT PRENDRE MEDIBRONC, sirop en flacon ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER MEDIBRONC, sirop en flacon ?
6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

1. QU'EST-CE QUE MEDIBRONC, sirop en flacon ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?

MUCOLYTIQUE

(R: Système Respiratoire)

Ce médicament est un modificateur des sécrétions bronchiques. Il facilite leur évacuation par la toux.

Ce médicament est préconisé en cas d'affection respiratoire récente s'accompagnant d'une difficulté d'expectoration (toux grasse).

MEDIBRONC ENFANTS est réservé à l'enfant à partir de 2 ans.

MEDIBRONC ADULTES est réservé à l'adulte.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE MEDIBRONC, sirop en flacon ?

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

Ne prenez jamais MEDIBRONC, sirop en flacon dans les cas suivants :

- si vous êtes allergique (hypersensible) à la carbocisteine ou à l'un des autres composants contenus dans MEDIBRONC, sirop en flacon,
- en cas d'allergie connue à l'un des constituants (notamment au parahydroxybenzoate de méthyle et autres parabens),
- chez le nourrisson (moins de 2 ans) en raison du risque d'aggravation de l'encombrement bronchique.

Ne prenez pas ce médicament. Elle re traitements. Si vous avez un doute, demandez plus d'informations. Si vous avez des difficultés à lire cette notice, demandez conseil à un pharmacien. Si vous avez des symptômes de la grippe ou de la rhinopharyngite, consultez un médecin. Si vous avez des symptômes graves, mentionnés dans cette notice, ou si un symptôme devient grave, veuillez en informer votre pharmacien.

DERMOFIX® Crème Sertaconazole

Dermofix® Sertaconazole

PRON



87,30

1,50

anaphytes ques et Streptocoques)

age topique. Son spectre d'activité s'avère très large : *Trichophyton*, *Microsporum*, *C. spp.*, *Pityrosporum orbiculaires*) et *Microsporum* (et *Trichophyton*).

Indications thérapeutiques :

Traitement topique des mycoses superficielles de la peau telles que dermatophytoses : *Tinea pedis* (pied d'athlète), *Tinea cruris* (Eczéma marginé de Hebra), *Tinea corporis* (Hépérse circiné), *Tinea barbae* (Sycosis), et *Tinea manus*. Candidoses (Miniliose) et *Pityriasis versicolor* (*Pityrosporum orbiculare*).

Effets indésirables :

Effets indésirables :
Le Sertaconazole présente une innocuité totale et une excellente tolérance : aucun cas de toxicité ou de réaction de photosensibilité n'a été relevé. Seul un érythème léger peut survenir lors des premières applications n'entrant jamais la suspension du traitement.

Conditions particulières d'emploi :

Dermofix ne convient pas à l'usage ophtalmique.

Après l'application dermique de grandes quantités, on ne détecte pas de niveaux plasmatiques. Malgré cela, son innocuité n'a pas été démontrée chez le nouveau-né et chez la femme enceinte ou allaitante.

Posologie usuelle, voie et mode d'administration :

Fusulogie Voie tonique

Appliquer la crème une fois par jour (de préférence le soir) ou deux fois (matin et soir), doucement et uniformément, en essayant de couvrir 1 cm de peau saine (environ) autour de la zone à traiter.

La durée du traitement varie d'un patient à l'autre en fonction de l'agent étiologique et de la localisation de l'infection.

En général, on recommande quatre semaines de traitement afin d'assurer une guérison clinique et microbiologique complète et d'éviter ainsi toute récidive, cette guérison clinico-microbiologique peut apparaître entre deux et quatre semaines de traitement.

Pityriasis versicolor : 2 semaines

Dermatophytose : 2 à 4 semaines

Candidose : 2 à 4 semaines

Formes et autres présentations :

Dermofix® crème 2% tube de 30 g

Dermofix® poudre flacon de 30 g

Dermofix® Solution 2% flacon de 30 ml

Dermofix® Gel 2% flacon de 50 ml

Dermofix® Gel 2% flacon de 50 g

Gyno-dermofix® 300 mg boîte de 1 ovule

Liste I (Tableau A)

PROMOPHARM S.A.
Z.I. du Sahel, Had Soualem - Maroc
S.A. FERRER INTERNATIONAL