

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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° M21- 061591

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13121 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Joudat Mohammed Rida
Date de naissance : 25.10.89
Adresse :
Tél. : 0661776408 Total des frais engagés : 606,1 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 19/11/22
Nom et prénom du malade : Joudat Mohammed Rida Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Benic
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 : Casablanca Le : / /
Signature de l'adhérent(e) :

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
19/11/22			329.00	
28 NOV. 2022			gratuit	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

19/11/22

157.40

28/11/22

158.70

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

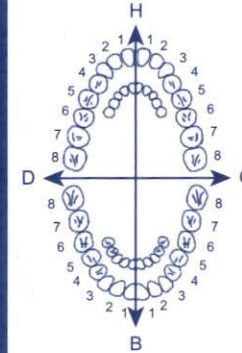
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

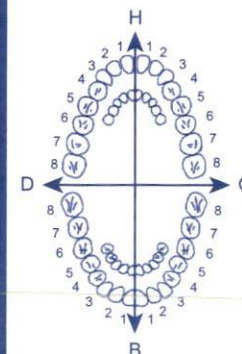
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient
DES TRAVAUX

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

Dr. Hanane Benkhadra Benabderrazik
pédiatre spécialiste
diplômée de la faculté de médecine de Liège Belgique,

Cabinet



de pédiatrie

الدكتورة حنان بنخضراء بنعبد الرزاق
اختصاصية في أمراض الأطفال والرضيع
خريجة كلية الطب بلييج (بلجيكا)

CASABLANCA, le 19.11.2022

Nourrisson JOUDAT Hady

Age : 13 mois

Poids : 11,74 Kg

1 CLENIL FORTE

Inhaler 2 bouffées le matin et le soir, pendant 3 semaines.

2 VENTOLINE AEROSOL

2 bouffées toutes les 4 heures à espacer en fonction de l'évolution et à arrêter quand la toux s'arrête

3 TOTIFEN SIROP 0.02

Prendre 1 cuillère-mesure le soir, pendant 1 mois.

4 PIVALONE GTTES

Faire 1 pulvérisation le matin, à midi et le soir, pendant 7 jours.

Dr Hanane BENKHADRA

GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat



VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

416, Anoual Capital center, Bd abdelmoumen angle Bd. Anoual entrée A, Bureau N° 9 1^{er} étage - Tél : 05 22 86 37 27 - الموبعد

416, Anoual Capital center, Bd abdelmoumen angle Bd. Anoual entrée A, Bureau N° 9 1^{er} étage - Tél : 05 22 86 37 27 / Cabinet: 06 59 93 11 11

— benkhadranan@gmail.com — **Urgence : 06.63.05.28.12** — Sur rendez-vous —

pivalone 1%

Suspension nasale

Composition

Tixocortol pivalate 1,000

Excipient : alcool benzylique, chlorure de sodium

Monosodique dihydrate, soluté officinal d'hydro

eau purifiée q.s.p. 100

Conservateur : Chlorure de N-Cétylpyridinium

FORME PHARMACEUTIQUE

Suspension nasale, flacon de 10 ml

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

(TYPE D'ACTIVITE)

Corticoïde pour usage nasal (R : système respiratoire)

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT?

(INDICATIONS THERAPEUTIQUES)

Manifestations inflammatoires et allergiques du rhinopharynx :

Rhinites allergiques, rhinites saisonnières, rhinites congestives

aiguës et chroniques, rhinites vasco-motrices.

ATTENTION !

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT?

(CONTRE INDICATIONS)

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE en cas :

• d'antécédents allergiques au produit.

• d'épistaxis (saignements du nez).

• d'existence en cours de traitement d'infections virales ou

fungiques de surinfection locale importante.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER

L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

PRECAUTIONS D'EMPLOI

A utiliser après mouchage ou nettoyage soigneux du nez.

• Consulter votre médecin en cas d'aggravation des troubles.

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 SYSTEMA-

TIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE

MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

D'une façon générale, il convient au cours de la grossesse et de

l'allaitement de toujours demander l'avis de votre médecin ou de

votre pharmacien avant de prendre un médicament.

04,42

LOT:

PER:

PPV:

pivalone 1%
 Suspension nasale
 Composition

Tixocortol pivalate 1,000
 Excipient : alcool benzylique, chlorure de sodium
 Monosodique dihydrate, soluté officinal d'hydro
 eau purifiée q.s.p. 100
 Conservateur : Chlorure de N-Cétylpyridinium

FORME PHARMACEUTIQUE
 Suspension nasale, flacon de 10 ml
CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE
 (TYPE D'ACTIVITE)

Corticoïde pour usage nasal (R : système respiratoire)
DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT?
 (INDICATIONS THERAPEUTIQUES)

Manifestations inflammatoires et allergiques du rhinopharynx :
 Rhinites allergiques, rhinites saisonnières, rhinites congestives
 aiguës et chroniques, rhinites vasco-motrices.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT?
 (CONTRE INDICATIONS)

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE en cas :
 • d'antécédents allergiques au produit.
 • d'épistaxis (saignements du nez).
 • d'existence en cours de traitement d'infections virales ou
 fongiques de surinfection locale importante.

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

PRECAUTIONS D'EMPLOI
 A utiliser après mouchage ou nettoyage soigneux du nez.
 • Consulter votre médecin en cas d'aggravation des troubles.

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 SYSTEMA-
 TIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE
 MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT
 D'une façon générale, il convient au cours de la grossesse et de
 l'allaitement de toujours demander l'avis de votre médecin ou de
 votre pharmacien avant de prendre un médicament.

04,42

LOT:
 PER:
 PPV:

TOTIFEN®
KETOTIFENE

TOTIFEN® gélules

1,00 mg

1 gélule

Composition :

Kétotifène (sous forme de fumarate)

Parahydroxybenzoate de méthyle

Parahydroxybenzoate de propyle

Excipients q.s.p.

Totifen® sirop contient Sorbitol et Alcool bon goût.

Propriétés :

Antianaphylactique, antiasthmatique et anti-allergique.

Le Kétotifène® bloque la sécrétion des mastocytes histaminiques

anaphylactiques et exerce un effet prolongé inhibiteur sur le

L'administration du Kétotifène® permet :

- Une nette réduction des crises asthmatiques (durée et fréquence)

- Une thérapie antiasthmatique symptomatique.

Indications thérapeutiques :

- Prophylaxie à long terme de l'asthme d'origine allergique (y compris dans les formes mixtes), de la bronchite asthmatique et des syndromes à manifestations asthmatiques.

- Prophylaxie et thérapie de la rhinite allergique.

Contre-indications :

Nourrissons de moins de 6 mois.

Effets indésirables :

TOTIFEN® 0,02 %
Kétotifène

53,30



Dr Hanane Benkhadra Benabderrazik
pédiatre spécialiste
diplômée de la faculté de médecine de Liège Belgique,

Cabinet



de pédiatrie

الدكتورة حنان بنخضراء بنعبد الرزاق
اختصاصية في أمراض الأطفال والرضيع
خريجة كلية الطب بلييج (بلجيكا)



TOU DAT HADY

139.20

(1) Enroul

19.50

(9) Une dose

1 dose



Dr Hanane Benkhadra Benabderrazik
Pédiatre Spécialiste
416, Anoual Capital Center Bd. Abdelmoumen
angle Bd. Anoual Entrée A, Bureau N° 9 1^{er} étage
Tél: 05 22 86 37 27 - Cabinet: 06 59 93 11 11
Fax: 05 22 86 15 32 Urgence: 06 63 05 28 12

158.70

Pharmacie Jawhara
Bd. EL HAJEJ - 9
12, Rue Lamine El Fassi
Tél: 05 22 86 37 27 - Fax: 05 22 86 15 32

Casablanca, le 20/11/22