

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

- 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél: 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-727449

153447

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2038 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EZZAHAF BOUCHAIR

Date de naissance : 01/01/1950

Adresse : Mandarona, rue 43 CASABLANCA

Tél. : 0690 00 9199 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BERDAI Fouad
OMNIPRATICIEN
686, Bd EL Fida Hay Amal 1
Casablanca

Date de consultation : 24.02.23 Tél/Fax : 05 22 28 66 13

Nom et prénom du malade : EZZAHAF BOUCHAIR Age :

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

Nature de la maladie : Pneumopathie

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.

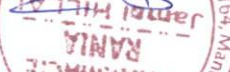
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

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
24 02 23	C	1	150 dh	<p>INPE:091 03 0882</p> <p>Dr. BERDAD Foua</p> <p>OMNIPRATICIE</p> <p>686, Bd EL Fida Hay An</p>

24	02	C	1	150	24	INPE:091 03 0882
23						Dr. BERDAT Foua OMNIPRATICIE 686, Bd EL Fida Hay An C. Substancia

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/02/23	274,70
		32058908

[illegible]

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

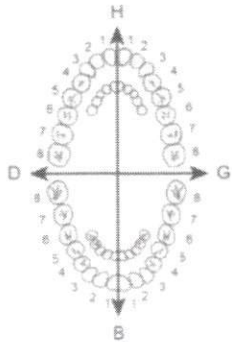
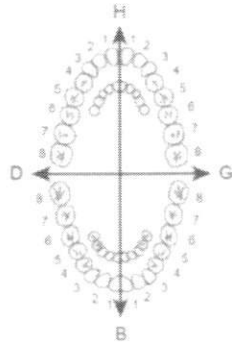
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	DNP : <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;"> <div style="text-align: right;"> H 25533412 30000000 ----- 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: left;"> G 21433552 00000000 ----- 00000000 11433553 </div> </div> B			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

[illegible]



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

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur HADJ FOUAD BERDAI

EXPERT ASSERMENTE
PRES LES TRIBUNAUX

OMNIPRATICIEN

MEMBRE DE LA COMPAGNIE
DES EXPERTS ASSERMENTES

686, Bd EL Fida - Hay Amal 1

Tél / Fax : 05 22 28 66 13

Casablanca 20550

الدكتور الحاج فؤاد البردعي

خبير محلف لدى المحاكم

طبيب متعدد الاختصاصات

عضو جمعية الخبراء المحلفين

686، شارع الفداء - حي الأمل 1

تلفاكس : 05 22 28 66 13

الدار البيضاء 20550

EZZANAF
BOUCHAIB

TA = 1178

Casablanca, le : 24.02.23 : الدار البيضاء، في :

4500
Respirateur mg



CA'S x 36/7

Abscès

Hyg au conduit

1000 mg
10

4780

Darm



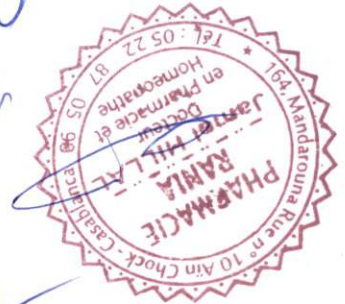
24 100
5 180

7490

Bistouri



1 ampoule x 36/7
au r. eff.



87100

MAXICLAV doses 1g. A 1ml a/12

1 recte x 2 ph / 10v
1 ph 10v



20100

Centec



Lea c/ j accouch

= 274170

PPV: 20DH00
PER: 09/25
LOT: L3281

Dr. BERDAL Fouad
OMNIPRATICIEN
686, Bd EL Fida Hay Amal 1
Casablanca
Tel/Fax : 05 22 28 66 13



DASEN® 10.000 UI

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

DENOMINATION

DASEN® 10 000 UI, comprimé enrobé gastro-résistant

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

SERRAPEPTASE

Excipients : stéarate de magnésium, amidon de maïs, cellulose, jaune orangé S (E110), dioxyde de titane, poloxamer 188.

Pour un comprimé enrobé gastro-résistant

*1 unité correspond au nombre de µg de tyrosine libérée par le comprimé en 1 minute à partir de 1 mg de serrapeptase.

FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé enrobé gastro-résistant, boîte de 40.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ENZYMOTHERAPIE à visée anticoagulante

(M : Système locomoteur)

(M : Système respiratoire)

Exploitant/Fabricant :

Laboratoires SYNTHEMEDIC

20-22, Rue Zoubair Bnou Al aoua

DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament, modificateur des sécrétions bronchiques, est indiqué dans les cas de toux chronique ou aiguë, de bronchite chronique ou aiguë, de bronchospasme, de bronchectasie, de bronchite chronique avec difficulté d'expiration.

Il est également utilisé pour traiter les complications respiratoires après une intervention chirurgicale.

ATTENTION !

DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE en cas d'allergie connue à l'un des constituants notamment à la serrapeptase (enzyme).

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

MISES EN GARDE SPÉCIALES

En cas de réaction allergique, le traitement doit être arrêté immédiatement et définitivement.

Un avis médical est nécessaire :

- en cas de fièvre, de crachats gras ou purulents,
- si vous êtes atteint d'une maladie chronique (au long cours) des bronches et des poumons.

Ce traitement doit toujours être accompagné d'efforts volontaires de toux permettant de cracher. La prise simultanée d'un médicament destiné à calmer la toux est donc illogique.

Ne pas prendre de médicament asséchant les sécrétions bronchiques durant la période de traitement.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

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,



PPV :
EXP :
Lot N° :

47.80

MAXIClav

amoxicilline + acide clavulanique

1g/125mg Adulte
500 mg / 62,5mg Enfant

COMPOSITION

MAXIClav Adultes

Amoxicilline (sous forme trihydratée).....
Acide clavulanique (sous forme de Clavulanate de potassium).....
Excipients.....q.s pr
Rapport Amoxicilline/Acide clavulanique : 8/1.

Teneur en Aspartam 30 mg/sachet, Teneur en Potassium 24,54 mg/sache

MAXIClav Enfants

Amoxicilline (sous forme trihydratée).....
Acide clavulanique (sous forme de Clavulanate de potassium).....
Excipients.....q.s

Rapport Amoxicilline/Acide clavulanique : 8/1.

Teneur en Aspartam 15 mg/sachet, Teneur en Potassium 12,27 mg/sachet

FORMES ET PRESENTATIONS PHARMACEUTIQUES

MAXIClav Adultes

Poudre pour suspension buvable : Boite de 12, 16 et 24 sachets.

MAXIClav Enfants

Poudre pour suspension buvable : Boite de 12, 16 et 24 sachets.

INDICATIONS

Antibiotique de la famille des bêta-lactamines, pénicillines du groupe A et d'un inhibiteur puissant et irréversible de bêta-lactamases.

MAXIClav Adulte présente un intérêt tout particulier, pour l'adulte, dans les infections suivantes :

- otites moyennes aiguës,
- sinusites maxillaires aiguës et autres formes de sinusites,
- surinfections de bronchites aiguës du patient à risque, notamment éthylique chronique, tabagique, âgé de plus de 65 ans, en cas de risque évolutif ou en seconde intention,
- exacerbations de broncho-pneumopathies chroniques,
- pneumopathies aiguës du patient à risque, notamment éthylique chronique, tabagique, âgé de plus de 65 ans ou présentant des troubles de déglutition,
- cystites aiguës récidivantes, cystites non compliquées de la femme et pyélonéphrites aiguës non compliquées dues à des germes sensibles,
- infections gynécologiques hautes en association à un autre antibiotique actif sur les chlamydiae,
- parodontites,
- infections stomatologiques sévères : abcès, phlegmons, cellulites,
- traitement de relais de la voie injectable.

MAXIClav Enfants présente un intérêt, tout particulier, pour l'enfant de plus de 30 mois, dans les infections suivantes :

- otites moyennes aiguës de l'enfant, otites récidivantes,
- surinfections de bronchopneumopathies chroniques,
- infections urinaires récidivantes ou compliquées à l'exclusion des prostatites,
- infections stomatologiques sévères : abcès, phlegmons, cellulites, parodontites,
- infections respiratoires basses de l'enfant de 30 mois à 5 ans,
- sinusites.

PROLOGIE

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER
VOTRE MEDECIN.

Reactions exprimées en amoxicilline.

PPV : 87DH00
PER : 12-24
LOT : L4038

La disparition de la fièvre, ou de tout autre
complètement guéri. L'éventuelle impression
antibiotique mais à l'infection elle-même.
traitement serait sans effet sur cette impression.

CONTRE - INDICATIONS

Allergie aux antibiotiques de la famille
céphalosporines).

Allergie à l'un des constituants de MAXIClav.
Antécédent d'atteinte hépatique liée à l'association
Phénylcytonurie en raison de la présence d'acide
MAXIClav® ne doit généralement pas être

MISES EN GARDE

La survenue de toute manifestation allergique
place d'un traitement adapté.

Des réactions immuno-allergiques dont les
sévéres et parfois fatales ont été exceptionnellement
traités par les bêta-lactamines. Leur administration
préalable. Devant des antécédents d'allergie
est formelle.

PRECAUTIONS D'EMPLOI

Utiliser ce médicament avec précaution
hépatique. Il est recommandé de surveiller
traitement prolongé. Le risque de survenue
est majoré en cas de traitement supérieur à
15 jours.

RESPIRANOR

Solution Buvable



COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Respiranor

Extrait de Primula veris, Extrait de Thym, Extrait de Glycyrrhiza glabra, Eau déminéralisée, la mélasse de caroube, Glycerine, Sorbitol, Sorbate de potassium.

FORME ET PRÉSENTATIONS

Solution buvable, flacon de 100ml.

PROPRIÉTÉS

RESPIRANOR est un sirop composé d'extraits de thym, et Extrait de Glycyrrhiza glabra pour les voies respiratoires.

Il est préconisé pour calmer les toux sèches particulier lorsqu'elles surviennent le soir ou pendant la nuit.

VOIE D'ADMINISTRATION ET POSOLOGIE

Voie orale

RESPIRANOR

2 cuillères à soupe 3 à 4 fois par jour.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

Ne pas utiliser par la femme enceinte.

Ne pas dépasser la dose journalière indiquée.

CONDITIONS DE STOCKAGE

- Bien agiter avant l'emploi.
- Conserver à l'abri de l'humidité et de chaleur.



Complément alimentaire n'est pas un médicament

N° D'enregistrement au Ministère de la santé :

N°20212103451/V1/DMP/CA/18

Agrément ONSSA n° : CAPV.58.66.22

Autorisation ONSSA n° : ES.5.381.17

Fabriqué par : PMP BIOPHARMED

Zone Industrielle "ALJ" LOT 89,
EL MANSOURIA BENSLIMANE

