

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0040142

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6181 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BACHARI Samir

Date de naissance : 26-12-1961

Adresse : n°31 Rue Sidi Mohamed Aouache

CHERK SAT

Tél : 0696 075447 Total des frais engagés : 1127,70 - Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. SKOUTA Mohamed
PEDIATRE
Imm. de Bienfaisance
Bt Mohamed V N° 5 - SETTAI
INPE : 061 12 61 81

Date de consultation : 19 JUIN 2023

Nom et prénom du malade : BACHARI ALAEDDINE Age : 19 ans

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

Nature de la maladie : Refus de soins

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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

Signature de l'adhérent(e) : Le : 20/07/2023

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

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
19 JUIN 2023	S2		200,00	Dr. SKOUTA Mohamed DENTISTE Imm. de Bienfaisance Bd. Mohamed V N° 5 - SETTAT NPE : 061 12 61 81

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ALMAINE Dr. Latif IDRISSE 2, Rue Ourika Hay Sidi Abdelkader SETTAT - Tél: 0523.40.03.30	19/6/23	927,40

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				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															
				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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(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

Dr. SKOUTA Mohamed

Spécialiste en Pédiatrie
Lauréat de la faculté de Médecine
De Casablanca

Sur Rendez-vous



INPE

Settat le : سطات في :

19/06/2023

BACHARI ALAEDDINE

Poids: 9,90 kg

- **EFICAL sirop**
1 càc, 2 fois par jour, pendant 1 mois
- **MALTOFER sirop**
1 càc, 1 fois par jour, pendant 2 mois.
- **NEOCLAV sirop enfant**
1 Dose*-Poids, 3 fois par jour, pendant 8 jours.
- **BIOMYLASE sirop**
1 càc, 3 fois par jour, pendant 8 jours.

الدكتور سكوتة محمد

اختصاصي في طب الأطفال
خريج كلية الطب
بالبدا البيضاء
الزيارة بالموعد

35,70

Prevenar 13[®]
suspension injectable PPV : 760,00 DH



Lot :
Per :
P.P.V : (DH)

29,00

Dr. SKOUTA Mohamed
PEDIATRE
Imm. de Bienfaisance
Bd. Mohamed V N°5 - SETTAT

إقامة الجمعية الخيرية الإسلامية. شارع محمد الخامس الطابق الثاني. رقم 5. سطات

Immeuble de Bienfaisance, Boulevard Mohamed V, N°5, Settat. drskoutamohamed@gmail.com

Tél : 05 23 72 57 58 / 06 28 15 42 86 - Whatsapp : 06 41 64 57 16

NEOCLAV®

AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE

COMPOSITION ET PRESENTATIONS :

Neoclav® 1g/125 mg : Boîte de 12 - 14 - 16 et 24 sachets.
Amoxicilline trihydratée : (quantité correspondant à l'amoxicilline anhydre)..... 1 g.
Clavulanate de potassium : (quantité correspondant à l'acide clavulanique)..... 125 mg.
Excipients q.s.p..... 1 sachet.
Neoclav® 500mg/62,5 mg : Boîte de 12 - 14 - 16 et 24 sachets.
Amoxicilline trihydratée : (quantité correspondant à l'amoxicilline anhydre)..... 500 mg.
Clavulanate de potassium : (quantité correspondant à l'acide clavulanique)..... 62,5 mg.
Excipients q.s.p..... 1 sachet.
Neoclav® Nourrisson 100mg/12,5 mg/ml : Flacon de 30 ml.
Amoxicilline trihydratée : (quantité correspondant à l'amoxicilline anhydre)..... 100 mg.
Clavulanate de potassium : (quantité correspondant à l'acide clavulanique)..... 12,5 mg.
Excipients q.s.p..... 1 ml.
Neoclav® Enfant 100mg/12,5 mg/ml : Flacon de 60 ml.
Amoxicilline trihydratée : (quantité correspondant à l'amoxicilline anhydre)..... 100 mg.
Clavulanate de potassium : (quantité correspondant à l'acide clavulanique)..... 12,5 mg.
Excipients q.s.p..... 1 ml.

PROPRIETES :

Antibiotiques antibactériens de la famille des bêta-lactamines, du groupe des aminopénicillines.

Neoclav® est une formulation associant l'amoxicilline et l'acide clavulanique puissant inhibiteur de bêta-lactamases.

INDICATIONS :

Elles sont limitées aux infections dues aux germes reconnus sensibles, notamment dans les :

- Otites moyennes aiguës, otites récidivantes.
- Sinusites.
- Angines récidivantes, amygdalites chroniques.
- Bronchopneumopathies aiguës du patient à risque (éthylisme chronique, tabagisme, sujet plus de 65 ans)
- Surinfections de bronchopneumopathies chroniques du patient à risque.
- Infections urinaires récidivantes ou compliquées à l'exclusion des prostatites
- Infections gynécologiques hautes, en association à un autre antibiotique actif sur les chlamydiae.
- Infections stomatologiques sévères : abcès, phlegmons, cellulites, parodontites.

CONTRE-INDICATIONS :

- Allergie aux antibiotiques du groupe des bêta-lactamines (pénicillines, céphalosporines).
- Mononucléose infectieuse.
- Antécédent d'atteinte hépatique liée à l'association amoxicilline-acide clavulanique.
- Phénylécétonurie (en raison de la présence de l'aspartame).
- Chez les patients traités par le méthotrexate

POSOLOGIE :

En moyenne :

Chez l'adulte (poids ≥ 40 kg).

2 à 3 g/jour en 2 à 3 prises espacées.

LOT : 5596

PER : 12 24

P.P.V : 63DH00

NEOCLAV 100mg / 12,5 mg/ml
Poudre pour suspension buvable, flacon 60ml



Tenir compte de
et passe dans le

EFFETS INDE

- Manifestations
selles molles,
abdominales.
- Eruptions cutanées et maculopapuleuses d'origine allergique.
- Manifestations allergiques : urticaire, éosinophilie, oedème de Quincke, gêne respiratoire, exceptionnellement choc anaphylactique.

Signaler à votre médecin ou à votre pharmacien tout effet non souhaité et gênant qui ne serait pas mentionné dans cette notice.

CONSERVATION :

- Sachets : à conserver à l'abri de l'humidité et à une température ne dépassant pas 25°C
- Poudre pour suspension :
 - Avant reconstitution : à conserver à une température inférieure à 25°C et à l'abri de l'humidité.
 - Après reconstitution de la suspension : 7 jours au maximum à une température comprise entre 2°C et 8°C au réfrigérateur.

Respecter les consignes de conservation

Liste I

Ceci est un médicament

Ne pas laisser à la portée des enfants.

Laboratoires pharmaceutiques Pharmed
21, quartier Burger, Casablanca - MAROC

BIOMYLASE®
Comprimés pelliculés ; Boîte de 24
Sirop ; Flacon de 125 ml
Alpha-amylase

- Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice.
- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la consulter.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un problème, consultez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Gardez-le pour utilisation en cas de symptômes identiques, ou pour une nouvelle prescription.
- Si l'un des effets indésirables devient gênant ou si vous remarquez un effet non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien.

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

Composition qualitative et quantitative

Comprimé :

Alpha-amylase

*Soit 2142.9 Unités Pharmacopée Européenne par Comprimé.
Excipients

Sirop :

Alpha-amylase

*Soit 142.86 Unités Pharmacopée Européenne par ml de sirop.
Excipients

EXCIPENT A EFFET NOTOIRE

Comprimé : Saccharose et Jaune orangé S (E102).

Sirop : Saccharose, Glycérol, Parahydroxybenzoate de méthyle sodique (E219).

Classe pharmaco-thérapeutique

Ce médicament appartient à la classe des enzymes à visée digestive.

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT?

Ce médicament est indiqué dans les maux de gorge peu intenses.

COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT?

Posologie

• **Comprimé :**

Adulte : 1 Comprimé, 3 fois par jour au cours des repas.

• **Sirop :**

Adulte : 1 cuillère à soupe (15 ml), 3 fois par jour.

Enfant de plus de 3 ans (plus de 15 kg) : 2 cuillères à café (10 ml), 3 fois par jour.

Nourrisson et enfant de 6 mois à 3 ans (7 kg à 15 kg) : 1 cuillère à café (5 ml), 3 fois par jour.

Mode et voie d'administration

Voie orale.

Avaler les comprimés, sans les croquer, avec un verre d'eau.

Durée du traitement

Pour les comprimés : Ne prolongez pas le traitement au-delà de 5 jours sans avis médical.

En l'absence d'amélioration comme en cas de persistance des symptômes, prenez un avis médical.

Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée sans avis médical.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT?

Ne prenez jamais BIOMYLASE :

• En cas d'antécédents d'allergie à l'alpha-amylase ou à l'un des composants, notamment les parabens (le cas du sirop).

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

EFFETS NON SOUHAITES ET GENANTS

Comme tous les médicaments, BIOMYLASE peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

بيوميلاز

200 U.CEIP/ml

BIOMYLASE® 200 U.CEIP/ml
Sirop 125 ml



6 118000 120742