

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

M22- N° 000593

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 207 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Loukida Saïda

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Omar BENNOUNA
Médecine Générale
Rue 65 N°53, Eto Passage Prince
Ettahoune H. Hassani - Casablanca
Tél.: 0522 90 98 07

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/08/2023

Nom et prénom du malade : Loukida SAIDA Age:

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

Nature de la maladie : Diabète

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 : 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
08/08/23	C	—	150,00	Docteur Omar BENNOUNA Médecine Générale Rue 65 N°53, 2 ^{ème} Etage Passage Princ Eltaâoune H. Hassani - Casablanca Tél.: 0522 90 98 07

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
REVEAL SARL PHARMACIE CHITA M. TAHERI HASSANI 10 Ave. Afghanistan Hay Hassani - Casablanca Tél.: 0522 90 32 63 - Fax: 0522 90 32 64	08/08/2023	466,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

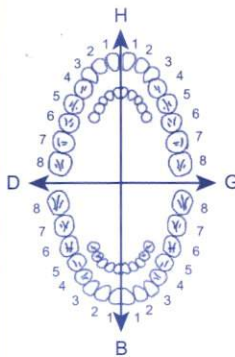
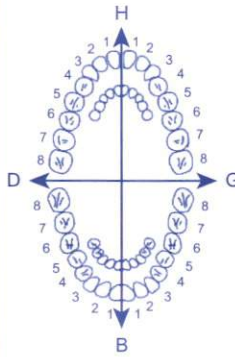
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

Docteur Omar BENNOUNA

Médecine Générale
Echographiste

Docteur Omar BENNOUNA
Médecine Générale

Diplômé d'Echographie Générale
de la Faculté de Médecine de Montpellier, France

Ex. Médecin des F.A.R

Attestation de DIU

الدكتور عمر بنونة

الطب العام

دبلوم في الفحص بالصدى
من كلية الطب بمؤبلي بفرنسا
طبيب سابق في القوة المسلحة الملكية
شهادة في وضع اللولب - العملية الصغيرة

Casablanca, le 08/08/23

M^{re} SAIDA Loukida

Laboratoires SOTHEMA
CARBOSYLANE
Boîte de 48 gélules (24 doses)
PPV 44.80 DH
6 118001 070886

177,20

o-dia 3 mg

1j

1 cp 1j

34,00

A-do 850

1j

1 cp x 2j

39,80

Flus-taph 500 mg

1j

21-gel x 2j

29,20

Do-lipiane 1000 mg

1j

1 cp x 3j

79,00

Supro-dye

1 cp 1j

44,80

Carbosylane

2 gel x 3j

344,00

عن طريق الفم
مسيريد

LOT 220589
EXP 02 2025
PPV 117.20 DH

LOT : 8724
UT. AV : 04-25
P.P.V : 34 DH 00

REVEAL-SARL
PHARMACIE CHIEFA
M. TAHIRI HASSANI
10 Ave. Afghanistan
Hay Hassani - Casablanca
Tél: 0522 90 32 63 - Fax: 0522 90 46 04

DIFAL®
Diclofenac sodique 50 mg
Boîte de 30 comprimés
PPV : 44.20 DH
6 18000 190349

PPV: 79.00 DH
LOT: CB04745
EXP: 05/2024

زقة 65، رقم 53. الطابق الثاني. ممر برانس. التعاون. الحي الحسني. الدار البيضاء. هاتف العيادة: 05 22 90 98 07

Rue 65 - N° 53, 2^{ème} Etage - Passage Prince - Ettaâoune - Hay Hassani - Casablanca - Tél. Cabinet: 05 22 90 98 07

En cas d'Urgences : 06 64 04 38 25 : في حالة الإستعجال

→ 344,00

44,20

Difal 50 mg



1 cp x 2 j's

38,30

Polygynax



1 capsule j's

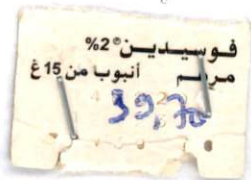
39,70

Fucidine pd



1 app x 2 j's

466,20



Docteur Omar BENNOUNA
Médecine Générale
Rue 65 N° 53, 2^{ème} Etg. Passage Prince
Ettalaoune-H. Hassani Casablanca
Tél: 0522 90 98 07

FLUSTAPH®

Flucloxacilline

FORMES ET PRESENTATIONS

Gélules 500 mg : boîte de 12 et 24, sous
Poudres pour suspension buvable dosées

COMPOSITION

* Gélules

Flucloxacilline

Excipient q.s.p.

* Poudres pour suspension buvable

Flucloxacilline

Excipient q.s.p.

Excipients à effet notoire : Benzoate de sodium

PROPRIETES

Antibiotique, bactéricide de la famille des
staphylococciques ainsi qu'à l'activité gastrique

INDICATIONS

Elles sont limitées :

- Aux infections dues aux Staphylocoques, notamment dans leurs manifestations :
 - Cutanées;
 - Respiratoires;
 - ORL;
 - Rénales et urogénitales;
 - Osseuses.
- Aux infections méningées (septicémiques et endocardiques, en traitement de relais de la voie injectable).

CONTRE - INDICATION

Hypersensibilité aux pénicillines.

EFFETS INDESIRABLES

- Manifestations allergiques : fièvre, urticaire, éosinophilie, œdème de Quincke, exceptionnellement choc anaphylactique.
- Eruptions cutanées maculopapuleuses d'origine allergique ou non.
- Troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhées, rarement colite pseudomembraneuse, ictère cholestatique après administration prolongée qui disparaît à l'arrêt du traitement.

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

L'administration se fait par voie orale, de préférence une demi-heure à 1 heure avant les repas. La posologie dépend de l'âge, du poids et de la fonction rénale du patient, tout autant que de la sévérité de l'infection.

Dose habituelle chez l'adulte, y compris les personnes âgées :

Voie orale : 250 mg quatre fois par jour.

-Ostéomyélite, endocardite : jusqu'à 8g par jour, divisés en doses toutes les 6 ou 8 heures.

- Prophylaxie chirurgicale : 1 à 2g par voie intraveineuse lors de l'induction de l'anesthésie suivie par 500mg toutes les 6 heures par voie IV, IM ou voie orale et ceci pour une durée allant jusqu'à 72 heures.

Dose habituelle chez les enfants : 2 à 10 ans : moitié de la dose adulte.

Moins de 2 ans : le quart de la dose adulte.

-Posologie en cas d'insuffisance rénale : comme les autres pénicillines, l'utilisation de flucloxacilline chez des patients ayant une insuffisance rénale ne nécessite habituellement pas de réduction de dose. Cependant, en présence d'une insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine inférieure à 10ml/minutes), une réduction de dose ou une extension de la période entre 2 doses devrait être considérée. La flucloxacilline n'est pas significativement éliminée par dialyse et donc aucune dose supplémentaire n'est nécessaire pendant ou après une dialyse.

MODE DE CONSERVATION :

- Gélules :

A conserver à une température inférieure à 25°C et à l'abri de l'humidité.

- Poudres pour suspension buvable :

La suspension garde son activité pendant 7 jours et doit être conservée au réfrigérateur.

Liste I

Staphylococcique

Laboratoire pharmaceutique NOVOPHARMA



Laboratoire Pharmaceutique NOVOPHARMA

Z.I.12 Tit Mellil - Casablanca

Doliprane®

1000 mg comprimé effervescent sécable

PARACÉTAMOL

Veillez lire attentivement cette notice car elle contient des informations importantes. Ce médicament est disponible sans ordonnance et vous permet de soulager vos douleurs sans l'aide d'un médecin. Néanmoins, vous devez utiliser Doliprane avec précaution afin d'en obtenir le meilleur résultat. Gardez la notice de la lire à nouveau. Si vous avez besoin de plus d'informations, demandez conseil à votre pharmacien. Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez votre médecin.

La substance active est : paracétamol 1000 mg pour un comprimé effervescent sécable. Les excipients sont : acide citrique anhydre, mannitol, saccharine sodique, croscarmellose K90, bicarbonate de sodium, carbonate de sodium anhydre, leucine, gélatine. Teneur en sodium : 408 mg par comprimé.

QU'EST-CE QUE DOLIPRANE 1000 mg, COMPRIMÉ EFFRÉSSENT ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament contient du paracétamol.

Il est indiqué en cas de douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses.

Il peut également être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose.

Cette présentation est réservée à l'adulte (à partir de 15 ans) :

Lire attentivement la rubrique "Posologie".

Pour les enfants de moins de 15 ans, il existe d'autres présentations de paracétamol : demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE PRENDRE DOLIPRANE 1000 mg, COMPRIMÉ EFFRÉSSENT.

Contre-indications

Ne pas prendre DOLIPRANE 1000 mg, comprimé effervescent dans les cas suivants :

- allergie connue au paracétamol,
- maladie grave du foie,
- enfants de moins de 15 ans.

PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE 1000 mg, COMPRIMÉ EFFRÉSSENT

Précautions particulières

- Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours, ou en cas d'efficacité insuffisante ou de survenue de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin.
- En cas de régime sans sel ou pauvre en sel, tenir compte dans la ration journalière de la présence de sodium : 408 mg par comprimé.
- En cas de maladie grave du foie ou des reins, il est nécessaire de consulter votre médecin avant de prendre du paracétamol.

Mises en garde

En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une dose trop élevée, consultez immédiatement votre médecin.

Ce médicament contient du paracétamol. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée (cf. chapitre "Posologie").

Grossesse et allaitement

Le paracétamol, dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant la grossesse ainsi qu'en cas d'allaitement.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

