

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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



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

Déclaration de Maladie

M22- 0020522

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6930 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : IMEHLI Mohammed
Date de naissance : 08/08/1961
Adresse : Ait Sri AFOURER - AZILAL
Tél. : 0666247075 Total des frais engagés : 642,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ELAIDI ZINEB
Médecine Générale
Bd Marche Verte Afouner
Tél: 05 23 44 17 17

Date de consultation : 17/11/2023
Nom et prénom du malade : M. A. H. Houda Age : 60 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : MUPRAS - Affection longue durée de la main droite
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 : AFOURER

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 17/11/2023

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 Praticien attestant le Paiement des Actes
17/11/23			150 DA	

INPE : 121006159

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

Pharmacie AL WIDIANE
EL MEHDI OU HSSAINE
Dr en Pharmacie
Hay El Anasser N°17 Afourer
GSM : 05 68 21 33 25
122112907

17/11/23

122,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

17/11/23

25

300 DA

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre des Honoraires Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

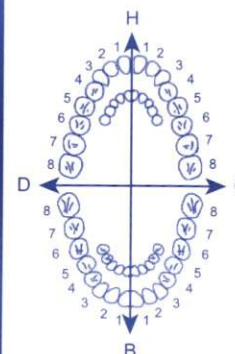
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en, indiquant la nature des soins.

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

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]

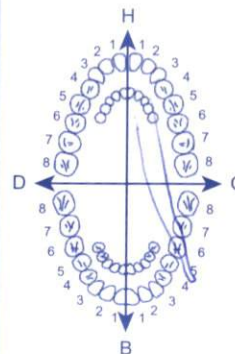
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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. El AIDI Zineb
 Médecine Générale
 Diplôme de la Faculté de
 Médecine et du Pharmacie
 Au Casablanca
 Ancien Médecin de Centre
 de Santé Afourer



الدكتورة العيدي زينب
 الطب العام
 خريجة كلية الطب والصيدلة
 بالدار البيضاء
 طبيبة سابقة بالمركز الصحي
 لأفورار

17 NOV 2023

Dr. EL AIDI ZINEB
 Médecine Générale
 Bd Marche Verte Afourer
 Tél: 05 23 44 17 17

Maxiclav 1g
 153,10



1cf x 3/1

Dolentop 1g
 10,60



1cf x 3/1

29005 AT



T = 132,70

Dr. EL AIDI ZINEB
 Médecine Générale
 Bd Marche Verte Afourer
 Tél: 05 23 44 17 17



Maxiclav®
amoxicilline + acide clavulanique

COMPOSITION

MAXICLAV Adultes

Amoxicilline (sous forme trihy

Acide clavulanique (sous forme

Excipients.....

Rapport Amoxicilline/Acide cl

Teneur en Aspartam 30 mg/s

MAXICLAV Enfants

Amoxicilline (sous forme trihy

Acide clavulanique (sous forme

Excipients.....

Rapport Amoxicilline/Acide cl

Teneur en Aspartam 15 mg/sa

FORMES ET PRESENTATION

MAXICLAV Adultes

Poudre pour suspension buvab

MAXICLAV Enfants

Poudre pour suspension buvab

INDICATIONS

Antibiotique de la famille des bétalactamines, 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,

- 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.

1g/125mg Adulte

PPV: 153DH1 0
PER: 05-25
LOT: M1842

POSOC DANS VOTRE POSOLOGIE MAXICLAV 3g/jour à l'insuffisance MAXICLAV l'indication chez l'ins MODE ET Voie orale

RESPEC Pour être La dispensa complète antibiotiq traitement CONTR Allergie céphalos Allergie à Antécéd Phénylcl MAXICLAV MISES E La surve place d'u Des réad sèveres traités p préalable est forme

PRECAL Utiliser hépatiqu traitem est majo 15 jours

Dolostop®

Paracétamol

DOLOSTOP 500 mg, comprimé
DOLOSTOP 1000 mg, comprimé
DOLOSTOP 500 mg, comprimé effervescent
DOLOSTOP 1000 mg, comprimé effervescent

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit, ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable, non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou pharmacien.

PRESENTATION

DOLOSTOP 500 mg comprimé, boîte de 20.
DOLOSTOP 1000 mg comprimé, boîte de 8.
DOLOSTOP 500 mg comprimé effervescent, boîte de 16.
DOLOSTOP 1000 mg comprimé effervescent, boîte de 8.

COMPOSITION

Substance active : Paracétamol

DOLOSTOP 500 mg comprimé, contient 500 mg de paracétamol par comprimé.
DOLOSTOP 1000 mg comprimé, contient 1000 mg de paracétamol par comprimé.

DOLOSTOP 500 mg comprimé effervescent, contient 500 mg de paracétamol par comprimé.
DOLOSTOP 1000 mg comprimé effervescent, contient 1000 mg de paracétamol par comprimé.

Excipients

DOLOSTOP 500 mg comprimé, q.s.p 1 comprimé
DOLOSTOP 1000 mg comprimé, q.s.p 1 comprimé
DOLOSTOP 500 mg comprimé effervescent, q.s.p 1 comprimé effervescent
DOLOSTOP 1000 mg comprimé effervescent, q.s.p 1 comprimé effervescent

· En cas de maladie grave du foie ou des reins, il est nécessaire de consulter votre médecin avant de prendre du paracétamol.
· En cas de problème de nutrition (malnutrition) ou de DOLOSTOP doit être utilisé avec précaution.
· Dolostop 500 mg comprimé effervescent contient 36 par comprimé effervescent. DOLOSTOP 1000 mg comprimé effervescent contient 418 mg de sodium par comprimé effervescent compte chez les patients contrôlant leur apport alimentaire. EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDICIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS

Signalez que vous ou votre enfant prenez Dolostop si votre médecin vous prescrit un dosage du taux d'acide urique dans le sang.

Si vous ou votre enfant prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

INTERACTIONS AVEC LES ALIMENTS, LES BOISSONS ET L'ALCOOL

Sans objet

INTERACTIONS AVEC LES PRODUITS DE PHYTOTHERAPIE OU THERAPIES ALTERNATIVES

Sans objet

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

SPORTIFS

Sans objet

EFFETS SUR L'APTITUDE A CONDUIRE DES VEHICULES OU A UTILISER DES MACHINES

Sans objet

LISTE DES EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

· DOLOSTOP 500 mg comprimé et DOLOSTOP 1000 mg comprimé : Sans objet
· DOLOSTOP 500 mg comprimé effervescent et DOLOSTOP 1000 mg comprimé effervescent : Sodium

POSOLOGIE, MODE ET/OU VOIE(S) D'ADMINISTRATION, FREQUENCE D'ADMINISTRATION ET DUREE DU TRAITEMENT

· Malnutrition chronique

LOT : 2161
PER : 02 - 26
P.P.V : 10 DH 60

ment est trop fort ou
armarien.
MEDECIN OU A VOTRE

y compris :
ne boisson (par exemple

Les comp
eau, lait, jus de fruit).

DOLOSTOP 500 mg et DOLOSTOP 1000 mg comprimés effervescents:

Laisser dissoudre complètement le comprimé dans un verre d'eau; boire immédiatement après.

Fréquence d'administration

Les prises systématiques permettent d'éviter les oscillations de douleur ou de fièvre.

Chez l'enfant, elles doivent être régulièrement espacées, y compris la nuit, de préférence de 6 heures et d'au moins 4 heures.

Chez l'adulte, elles doivent être espacées de 4 heures minimum.

En cas de maladie grave des reins (insuffisance rénale sévère), les prises seront espacées de 8 heures minimum.

DUREE DU TRAITEMENT

La durée du traitement est limitée:

· à 5 jours en cas de douleurs
· à 3 jours en cas de fièvre Si les douleurs persistent plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou si elles s'aggravent, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin.

SURDOSAGE

En cas de surdosage ou d'intoxication accidentelle, prévenir en urgence un médecin.

INSTRUCTIONS EN CAS D'OMISSION D'UNE OU DE PLUSIEURS DOSES

Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oublié de prendre.

RISQUE DE SYNDROME DE SEVRAGE

Sans objet.

Dr. El AIDI Zineb
Médecine Générale
Diplôme de la Faculté de
Médecine et du Pharmacie
Au Casablanca
Ancien Médecin de Centre
de Santé Afourer



الدكتورة العيدي زينب
الطب العام
خريجة كلية الطب والصيدلة
بالدار البيضاء
طبيبة سابقة بالمركز الصحي
لأفورار

17/11/2023

Dr. ELAIDI ZINEB
Médecine Générale
Bd Marche Verte Afourer
Tél: 05 23 44 17 17

Radio de la main droite

F + 3/4

Dr. ELAIDI ZINEB
Médecine Générale
Bd Marche Verte Afourer
Tél: 05 23 44 17 17

CENTRE DE RADIOLOGIE TADLA-AZILAL

DR. Abdelhamid EL KOHEN

Médecin Spécialiste en Radiologie.

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris.

D.U. d'Echographie.

D.U. de Radiologie Maxillo-Faciale

DATE: 17/11/2023

NOM ET PRENOM : MIAMAR HOUDA

FACTURE N°: 4122/2023

Examens	Cotation	Montant
Rx Main F+3/4	Z30	300,00
<u>TOTAL</u>		300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de

TROIS CENTS DHS

Signé : Dr. EL KOHEN Adelhamid

Dr. EL KOHEN Adelhamid
Quartier Soumia BP466
Béni Mellal
Tél : 05 23 48 71 42

Dr. EL KOHEN Adelhamid
Quartier Soumia BP466
Béni Mellal
Tél : 05 23 48 71 42





**CENTRE RADIOLOGIE TADLA-AZILAL
BENI MELLAL**

Dr. Abdelhamid EL KOHEN

- Médecin Spécialiste en Radiologie
- Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris
- D.U. d'Echographie
- D.U. de Radiologie Maxillo-Faciale

Nom : MIAMAR HOUDA
Examen(s) : Rx Main F+3/4

Prescripteur: Dr JABRANE
Le: 17/11/2023

COMPTE RENDU

Rx Main droite F + 3/4 :

- Fracture de la phalangette du 3^{ème} doigt

Signé : Dr. EL KOHEN Abdelhamid


Dr. EL KOHEN Abdelhamid
Quartier Soumiya - Beni Mellal
Tél: 023 48 71 42 / 023 48 71 42