

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



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

Déclaration de Maladie

M23-0023838

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08499 Société : Pan Africa
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : D. Mes Benhamed
Date de naissance : 31/12/1963
Adresse : Pte AL Boushara II, n° 6, Apt 20
Benroussi Casablanca
Tél. : 0613856914 Total des frais engagés : 376.867 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Darouich Mohamed Adnan
Médecin généraliste
Tél: 061291050

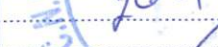
Date de consultation : 07/01/2024
Nom et prénom du malade : Hiba Boumhamdi Age: 17ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Syndrome polyfibrile
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
Dans 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 Le : 07/01/2024
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
07/12/24	14,2		26000	 Dr. Darouich Mohamed Anan Médecin généraliste INP: 061291050

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	7.11.24	<p>PHARMACIE ACTUELLE Dr. MOUNA LOUAFI Docteur en Pharmacie At Bourouja 2 Imm 19 MAG 5 et 6 Sidi Bernoussi, Casablanca 108,50</p>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX

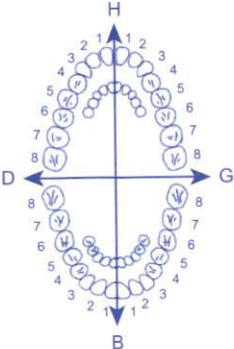
[illegible]

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 canalaire, 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

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession



DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le 07/01/2024,

Chifa Bermlhanchi

19.10

1- Agi x 5

Ag y 03 n

2- Witc 100

Ag y

3- Dulife 100

4- Bronchek 100

Ag x 3/1

Ag x 3/1

Ag x 3/1

Ag x 3/1

Ag x 3/1

Ag x 3/1

Ag x 3/1

PHARMACIE ACTUELLE
 Dr. MOUNA LOUAFI
 Docteur en Pharmacie
 Ag 2 Imm 13, MAG 5 et 6
 Al Bousfah - Casablanca
 Sidi Bernoussi

13/20

5- 10

PHARMACIE ACTUELLE
 Dr. MOUNA LOUAFI
 Docteur en Pharmacie
 Ag 2 Imm 13, MAG 5 et 6
 Al Bousfah - Casablanca
 Sidi Bernoussi

108,50

Dr. Darouich mohamed adham
 Médecin généraliste
 INP: 061291050

Azix®

Azithromycine

COMPOSITION ET PRESENTATION :

Comprimé 500 mg sécable, boîte de 3

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Traitement des infections dues aux germes sensibles telles que :

- infections respiratoires hautes : otite moyenne, sinusite, angine et pharyngite;
- infections respiratoires basses (y compris bronchite et pneumonie);
- infections odontostomatologiques;
- infections cutanées;
- infections des tissus mous;
- urétrites et cervicites non gonococciques (chlamydia trachomatis).

CONTRE-INDICATIONS :

- Antécédents d'allergie à l'azithromycine et aux macrolides.
- Insuffisance hépatique sévère.

MISE EN GARDE :

- Toute manifestation allergique (éruption cutanée, démangeaison ...) en cours de traitement doit être signalée immédiatement à votre médecin.
- Signaler au médecin traitant toute allergie ou manifestation allergique survenue lors de traitements par les antibiotiques de la famille des macrolides.
- Ce médicament ne doit pas être utilisé chez les patients présentant une maladie hépatique.
- En l'absence de données, l'association aux dérivés de l'ergot de seigle n'est pas recommandée.

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Prévenir le médecin traitant en cas de :

Insuffisance hépatique, antécédents allergiques, manifestations cutanées d'origine allergique, prise concomitante d'autres médicaments, grossesse, allaitement.

EFFETS INDESIRABLES :

- Troubles digestifs :
- Manifestations allergiques :

POSOLOGIE :

Se conformer à la notice.

Adulte et enfant de plus de 12 ans :

en une prise par jour.

MODE D'ADMINISTRATION :

Azix peut être pris avec ou sans nourriture.

TABLEAU A (LISTE DES EFFETS INDESIRABLES)

PPV: 79DH70

PER: 09/26

LOT: M3091

rs abdominales.
e Quincke.

mé de 500 mg



bottu s.a

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

Toplexil®

Oxoméazine 0,33 mg/ml

Siróp

sanofi

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

Vous devez toujours prendre ce médicament en suivant scrupuleusement les informations fournies dans cette notice ou par votre médecin, ou votre pharmacien.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information.
- Si vous ressentez l'un des effets indésirables, parlez-en à votre médecin, ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.
- Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien après quelques jours.

Ne laissez pas ce médicament à la portée des enfants.

1. QU'EST-CE QUE TOPLEXIL 0,33 mg/ml, siróp ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique - code ATC : R06AD08.

TOPLEXIL 0,33 mg/ml siróp est un antitussif appartenant à la famille des antihistaminiques de type neuroleptique phénothiazinique. Il s'oppose aux effets de l'histamine notamment sur les bronches. Il est préconisé pour calmer les toux sèches et les toux de plus de 2 ans, en particulier pendant la nuit.

2. QUELLES SONT LES II DE PRENDRE TOPLEXIL

Si votre médecin vous a i sucres, contactez-le avan

Ne prenez jamais TOPLEXIL 0,33 mg/ml, siróp :

- si vous êtes allergique (hypersensible) à la substance active (l'oxoméazine) ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6.
- si vous êtes allergique à un médicament de la même famille que TOPLEXIL 0,33 mg/ml siróp (les antihistaminiques) utilisé pour traiter les allergies,
- ne donnez pas TOPLEXIL 0,33 mg/ml siróp à un enfant de moins de 2 ans,
- si vous avez déjà eu une diminution importante du taux de

certaines globules blancs (gr (agranulocytose),

- si vous avez des difficultés prostatique ou autre),
- si vous avez un risque de élevée à l'intérieur de l'œil
- si vous prenez un médica

ou du quinagolide (utilisés de prolactine) (voir rubrique EN CAS DE DOUTE, IL EST DE VOTRE MÉDECIN OU DE

Avertissements et précau

Faites attention avec TOP

Mises en garde spéciales

- Si la toux persiste malgré l 0,33 mg/ml siróp, n'augmen médecin. En effet, la toux es origines diverses : infections allergie, asthme, coqueluche De plus, la consommation d toux.

- Il existe 2 types de toux : la Vous ne devez pas traiter un médicament. En effet, la tou naturelle nécessaire à l'évac (mucosités).

- Si la toux devient grasse av expectorations ou de la fièvre médecin.

- N'essayez pas de traiter un médicament à un médicam
- Vous ne devez pas vous ex ultra-violet (UVA) pendant le
- Ce médicament doit être u risque de somnolence.

- L'association avec d'autres déconseillée (voir rubrique « médicaments »).

Précautions d'emploi

Avant de prendre ce médic

- Si vous avez une maladie d poumons avec de la toux et
- Si vous avez une maladie d hépatique sévère) ou des re votre médecin devra adapte
- Si vous avez une maladie d
- Si vous souffrez d'épilepsie
- Si vous avez plus de 65 ans constipation chronique, de augmentation du volume de

LOT : 28C038
PER: 08 2025

TOPLEXIL
SIROP FL 150 ML

P.P.V. : 16DH70



Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL

Comprimé

DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé :

La substance active est : paracétamol 1000 mg, sous forme de paracétamol DC 90 (1111,11 mg), pour un comprimé.

Les autres composants sont : croscarmellose sodique, providone K30, amidon de maïs pré-gélatinisé, acide stéarique (origine végétale).

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

Ce médicament contient du paracétamol. Il est indiqué en cas de douleur 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.

QUELLES SONT LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE PRENDRE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ?

Contre-indications :

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

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

PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ :

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 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 excessive, consultez immédiatement votre médecin.

Ce médicament contient du paracétamol. Ne les associez pas à d'autres médicaments à action quotidienne recommandée (cf. ci-dessous).

Grossesse et allaitement :

Le Paracétamol, dans les conditions d'usage, est autorisé pendant la grossesse ainsi qu'en cas d'allaitement.

PPV: 13DH10

PER: 11/26

LOT: M3919



POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI
HAY EL-QODS
20600 CASABLANCA
Tél: 0522-73-15-32/73-16-20 Fax: 0522-73-15-72
INPE: 090001546 ICE: 00757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 662730 N° SEJOUR : 240001514

FACTURE N° 2405000470

DATE D'ENTREE : 07/01/2024 DATE DE SORTIE : 07/01/2024

ASSURE :

MALADE : BOUMHAMDI, Hiba

NOM JEUNE FILLE :

UF: 5002 URGENCES

N° IMMAT C.N.S.S. :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

DESTINATAIRE :

BOUMHAMDI, Hiba

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES COTES EN K										
ACTE DE SPECIALITE MEDICALE	K	10.00	22.50	225.00					0.00	225.00
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				38.29					0.00	38.29
FOURNITURES MEDICALES				4.86					0.00	4.86

Intervenant : M0500077 DR. DAROUICH MOHAMED ADNAN

TOTAUX :

268.15

268.15

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX CENT SOIXANTE HUIT DHS ET QUINZE CENTIMES

PLAFOND PC :

REMISE :

0.00

REGLE :

268.15

ACOMPTE :

AVOIR :

RESTE DU :

0.00

DATE FACTURE : 07/01/2024

EDITEE LE : 07/01/2024

PAR: ESSAAI

ACCIDENT DE TRAVAIL :

N° DE POLICE :

DATE AT :

Règlement à effectuer à l'ordre de :

POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI

BANQUE :

BMCE - BERNOUSSI

N° compte bancaire :

011793000023210006006837