

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## iologie 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.

## ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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.

## Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2857 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : TOUDANE Nohamod

Date de naissance : 27-2-1955

Adresse : 8 Res. EL ZOHOUR Rue COULNINA

Bourgogne ensarquet

Tél. : 0661 43 45 28 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15 NOV 2019

Nom et prénom du malade : TOUDANE Nohamod Age : 64

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Allergie respiratoire

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 : Centre Allal Ben Abdellah Le : 11/11/2019

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

8

## RELEVE 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
15/10/19	1	1	300 DT	Nezha El Aoud Docteur en Pharmacie 193, bd. Bourdeaux - Casablanca Tél: 05 22 49 21 71 / 72 - Fax : 05 22 26 19 18 092010982
15/10/19	1 x	1	200 DT	Le Dr
15/10/19	1 x	1	100 DT	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Nezha El Aoud Docteur en Pharmacie 193, bd. Bourdeaux - Casablanca Tél: 05 22 49 21 71 / 72 - Fax : 05 22 26 19 18 092010982	15/10/19	221,22

## ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

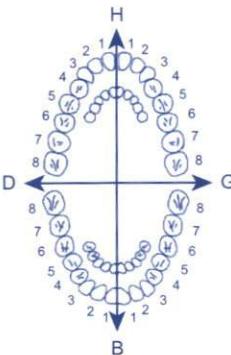
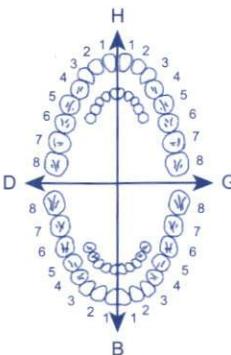
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## RELEVE 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux												
																
																
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>																
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>				<b>MONTANTS DES SOINS</b>												
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				<b>DATE DU DEVIS</b>												
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b>												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												

الدكتور رشيد الخطّار  
اختصاصي في أمراض الرئة والحساسية  
البالغين - الأطفال

Casablanca le : 15/10/19

Mr Joudane Mohamed

Fact

- Cos Salto + 300dt

- nebulogaphi pulmone test

- Nhl + test

Docteur Rachid EL KHETTAR  
Pneumologue  
175, Rue Boukraa - Casablanca  
Tel: 05 22 49 23 75  
ICE: 001584533/00041

**Résidence Houssam Jassim**

175, Rue Boukraa, Prés de l'Hôpital My Youssef - 3 ème Etage - Casablanca

Tél.: 0522 49 23 75 - 0675 35 24 35

E-mail : pneumorek@gmail.com

Casablanca le : ..... 15/10/2019

**MR JOUDANE MOHAMED**

93,00

- **Soclav 1g / 125 mg**  
1 sachet, matin, soir 6 jours



29,70

- **Azix 500 mg**  
1 comprimé, après les repas 3 jours le soir



48,50

- **Cotipred 20 mg**  
3 cp matin, pendant 5 jours
- **bronchodual aérosol**  
2 bouffées matin midi soir coucher 5 jours
- **Vitaminec 1000**  
1 , matin, pendant 15 jours



- **Onbrez 150 ug**  
1 matin , pendant 3 mois

221,20



Dr Rachid El KHETTAR  
175, Rue Boukraa, Casablanca 10230  
Tél: 05 22 49 23 75  
JCE: 0013453300041

**Résidence Houssam Jassim**

175, Rue Boukraa, Prés de l'Hôpital My Youssef - 3 ème Etage - Casablanca

Tél.: 0522 49 23 75 - 0675 35 24 35

E-mail : pneumorek@gmail.com

Docteur Rachid EL KHETTAR

Pneumologue-Allergologue

Casablanca, Le 15/10/2019

## COMPTE RENDU

Mr JOUDANE Mohamed

Cœur de volume normal.

- Culs de sac libres.
- Champs pulmonaire libre.

AU TOTAL

Cliché Pulmonaire normal.

Dr Rachid Elkhettar  
135, Rue Boukraa - Casablanca  
Tél: 05 29 92 23 23  
ICE: 001584300008



6 118000 022091

**SOCLAV 100 mg/ 1:**poudre pour  
buvable, boîte de 1**SOCLAV 100 mg**poudre pour suspension buvable,  
boîte de 1 flacon de 60 ml.**SOCLAV 500 mg/ 2,5 mg Enfant,**poudre pour suspension buvable  
en sachet-dose, boîtes de 12 et de 16.**SOCLAV 1 g/ 125 mg Adulte,**poudre pour suspension buvable  
en sachet-dose, boîtes de 12, 16 et de 24.**Amoxicilline / Acide clavulanique : 8/1**

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 d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit (ou a été prescrit à votre enfant). 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 présentez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien.

**Dans cette notice :**

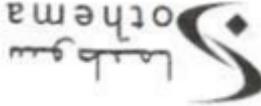
1. QU'EST-CE QUE SOCLAV ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE SOCLAV ?
3. COMMENT PRENDRE SOCLAV ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER SOCLAV ?
6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES.

**1. QU'EST-CE QUE SOCLAV ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?**

SOCLAV est un antibiotique qui tue les bactéries responsables des infections. Il contient deux molécules différentes, appelées amoxicilline et acide clavulanique. L'amoxicilline appartient à un groupe de médicaments appelés « pénicillines », qui peuvent parfois arrêter d'être efficaces (être inactivés). L'autre constituant actif (l'acide clavulanique) empêche cette inactivation.

SOCLAV est utilisé chez les nourrissons, les enfants et les

N1241200



ur/Fabricant : Laboratoires SOTHEMA

soit provoquer des effets indésirables sus-  
suscitent une grossesse, demandez cor-  
pharmacie avant de prendre ce médicament.  
Le véhicules et utilisation de machines

sur la suis  
gant in  
eut in  
ou d  
a sus  
ippé  
d'un antibiot

Ne prenez  
des situati

En cas de  
pharmacien

Faites atten

Demandez  
de prendre

• Souffrez /

• Etes / est

• N'urinez /

En cas de  
pharmacien

Dans certai  
bactéries res

vous prescr

SOCLAV ou

L'utilisation

présentant

galactose.

Réactions

SOCLAV p

effets secou

des convuls

vous pren

surveiller ce

Réactions n

Tests sang

Si vous eff

(nombre d

hépatiques

devez infor

qu'il prend

résultats de

Prise ou u

Si vous pre

enfant pre

médicamen

Cela inclut

les produits

Si vous pre

de la gout

tour prévenir le rejet de greffe d'organes

et allaitement

# Cotipred® 20 mg

Prednisolone

**Cotipred® 20 mg**

prednisolone

20 comprimés effervescents sécables



6 118000 041016

benzoate so

rbitol (conte

rvescents

Il est indiqué dans certaines maladies où il est u

## CONTRE-INDICATIONS :

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE da  
- la plupart des infections, - certaines maladies  
varicelle, zona), - certains troubles mentaux no  
- allergie à l'un des constituants.

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT P  
médecin, en association avec des médicamen  
cardiaque (cf. Interactions médicamenteuses et a  
**EN CAS DE DOUTE IL EST INDISPENSABLE D  
DE VOTRE PHARMACIEN.**

## MISES EN GARDE SPECIALES :

Le médicament doit être pris sous stricte surveillan

### LE TRAITEMENT :

Prétre médecin en cas de vaccination réce  
EF chirurgicale récente au niveau de  
C l'Europe, mment antécédents de tuberc  
E PENDANT LE se et de myasthénie grave (m  
Eviter le contact maladies parasitaires.

### En cas de traitement :

recommandations de vœux atteints de va  
Sous traitement et au cours de ne jamais am  
de corticoïde, en cas d'intervention suivant l'a

### PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Pendant le traitement, votre médecin pourra vo  
pauvre en sel. Tenir compte de la teneur en solutio  
**EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DE  
VOTRE PHARMACIEN.**

### INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUT

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTI  
FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT  
MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN et notam

troubles du rythme cardiaque : astémizole, bêpr  
halofantrine, pentamidine, sparfloxacine, sulopride

### GROSSESSE - ALLAITEMENT :

GROSSESSE : Ce médicament ne sera utilisé per  
vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le t  
peut juger de la nécessité de poursuivre ce traitemen

ALLAITEMENT : L'allaitement est à éviter pendant le  
maternal.

# AZIX®

500 mg

Azithromycine

3 Comprimés sécables



6 118000 040941

RESENTAT

able, boîte de

APEUTIQUE

ns dues aux g

es hautes :

es basses (y c

- infections oto-rhino-stomatologiques;

- infections cutanées;

- infections des tissus mous;

- urétrites et cervicites non gonococciques;

## CONTRE-INDICATIONS :

- Antécédents d'allergie à l'azithromycine;

- Insuffisance hépatique sévère.

## MISES EN GARDE :

- Toute manifestation allergique (éruption cutanée) au cours de traitement doit être signalée.

- Signaler au médecin traitant toute éventuelle survenue lors de traitements par les aurores.

- Ce médicament ne doit pas être utilisé chez les patients atteints de maladie hépatique.

- En l'absence de données, l'association à d'autres médicaments n'est pas recommandée.

## PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

- Prévenir le médecin traitant en cas d'insuffisance hépatique, antécédents d'origine allergique, prise concomitante d'autre médicament et allaitement.

## EFFETS INDESIRABLES :

- Troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhée.

- Manifestations allergiques : prurit, rash, éruption cutanée.

## POSOLOGIE :

Se conformer à la prescription médicale.

Adulte et enfant de plus de 45 kg : 500 mg par jour.

en une prise par jour pendant 3 jours.

## MODE D'ADMINISTRATION :

Azix peut être pris pendant ou en dehors des repas.

## TABLEAU A (LISTE I).

