

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

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.

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.

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**



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

Déclaration de Maladie

N° P19-0048303

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2857

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : TOUDANE Mohamed

Date de naissance : 27-2-1955

Adresse : 8 Res. ELZOHOUR Rue COULINA

BOULEVARD ELKARAKA

Tél. : 0661 4345 28

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/10/2019

Nom et prénom du malade : M. TOUDANE Mohamed

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection respiratoire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aura 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 : 12/11/2019

Signature de l'adhérent(e) :


ACCUEIL

Dr. EL HACHID EL KHETTAR
Rég. Bioméd. Casablanca
Tél: 05 22 49 23 75
N°: 00158453300041

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
15/10/19	CS	1	3000	
15/10/19	1x p. Forc	1	2000	
15/10/19	Nettoyage	1	2000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
	15/10/19	221,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

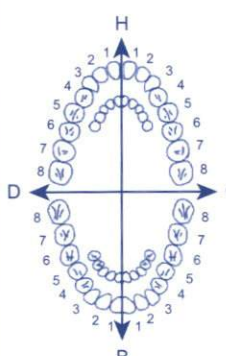
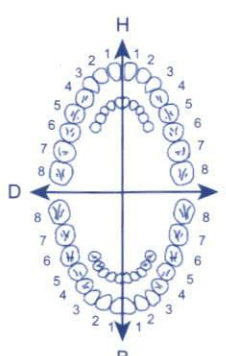
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

الدكتور رشيد الخطار
اختصاصي في أمراض الرئة والحساسية
البالغين - الأطفال

Casablanca le : 15/10/19

M. Joudane Mehmed
Faut

- Con Sultat e 3000

- radiograph pulmonaire test

- ABG e test

Docteur Rachid EL KHETTAR
Pneumologue
175, Rue Boukraa
Tel: 05 22 49 23 75
ICE: 0015845300041

Résidence Houssam Jassim

175, Rue Boukraa, Près 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

29,20

- **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



Résidence Houssam Jassim

175, Rue Boukraa, Près 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

Rachid EL KHETTAR
Pneumologue
Tél: 05 22 99 23 75
ICE: 001584 0000041
35, Rue Boukhal - Casablanca

Boîte de 12 sachets

SOCLAV 100 mg



boîte de 1 flacon de 60 ml.

en sachet-dose, boîtes de 12 et de 16.

achet-dose, boîtes de 12, 16 et d

Amoxicilline / Acide clavulanique : 8/1

d'utiliser ce médicament.

- 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 :

- ## 6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

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

groupe de médicaments appelés « pénicillines », qui peuvent parfois arrêter d'être efficaces (être inactives). L'autre constituant actif (l'acide clavulanique) empêche cette inactivation.

SOCLAV est utilisé chez les nourrissons, les enfants et les

de la gou



ur /Fabricant : Laboratoires SOTHEMA,

et allaitement

et allaitement

pour prévenir le rejet de greffe d'organes

Cotipred® 20 mg

Prednisolone

Cotipred® 20 mg

prednisolone

20 comprimés effervescents sécables



6 118000 041016

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 médicaments

cardiaque (cf. Interactions médicamenteuses et a

EN CAS DE DOUTE IL EST INDISPENSABLE D

DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPECIALES :

Ce médicament doit être pris sous stricte surveillance

LE TRAITEMENT :

Prendre ce médicament en cas de vaccination réce

Prévenir chirurgicale récente au niveau de

l'Europe, notamment antécédents de tuberc

se et de myasthénie grave (m

Eviter le contact en cas de séjour dans l

maladies parasitaires.

En cas de traitement :

recommandations de volets atteints de va

Sous traitement et au cours d'un ne jamais arr

de corticoïde, en cas d'intervention chirurgicale o

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Pendant le traitement, votre médecin pour vo

pauvre en sel. Tenir compte de la teneur en sod

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, bép

halofantrine, pentamidine, sparfloxacin, sultopride

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

maternel.

Az

Az

Azix[®] 500 mg ○

Azithromycine

3 Comprimés sécables



6 118000 040941

PRESENTATION :

Boîte de 3 comprimés sécables, boîte de 3 comprimés sécables.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Traitement des infections dues aux germes sensibles aux antibiotiques de la famille des macrolides.

- Infections odontostomatologiques;
- 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, gonflement, difficultés respiratoires) survenant au cours de traitement doit être signalée au médecin.
- Signaler au médecin traitant toute réaction survenue lors de traitements par les antibiotiques.
- Ce médicament ne doit pas être utilisé en cas de maladie hépatique.
- En l'absence de données, l'association avec d'autres médicaments n'est pas recommandée.

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Prévenir le médecin traitant en cas de maladie hépatique, antécédents d'origine allergique, prise concomitante d'autres médicaments, allaitement.

EFFETS INDESIRABLES :

- Troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhée.
- Manifestations allergiques; prurit, rash.

POSOLOGIE :

Se conformer à la prescription médicale.

Adulte et enfant de plus de 45 kg : 500 mg 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).



82, Allée des Castagniers

S. Bachouchi - Pharmacie