

## 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.

### Education :

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 canalaire, 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 canalaire.

### 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	adhésion@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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

1562

Société :

ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CARDAOUI MOHAMED

Date de naissance :

01-01-1954

Adresse :

77- BLOC D1 . CITE DAKHLA . AGADIR

Tél. :

0666528709

Total des frais engagés : 596,00 DHS

Cadre réservé au Médecin

DR. SOUFI Abellatif

Chirurgien traumatologue Orthopédiste

Chirurgie de la Main

Expert assesseur auprès des Tribunaux

Télé : 05 28 23 10 27 59 27 59

Date de consultation :

16 SEP 2019

Nom et prénom du malade :

CARDAOUI MOHAMED

Age :

Lien de parenté :

Lui-même  Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

MUPRAS

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 : Agadir

le : 13/09/2019

Signature de l'adhérent(e) :

SAC

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Nombre et Céficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
	200 DT	INP : 101111649 Dr. ZOUITA Abdellah Chirurgien traumato-chirurgien Orthopédiste Spécialiste de la Main Spécialiste des Triburaux

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourguisseur	Date	Montant de la Facture
	21/09/19	MS. 60
	21/09/19	280 IV

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Céficient	INP : [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	FIN D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DU DEVIS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

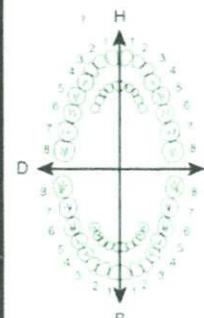
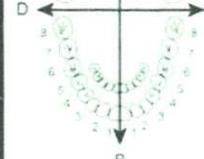
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES

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

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Creation, remont, adjonction]  
Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. ZOUITA Abdellatif

chirurgien traumatologue Orthopédiste  
Chirurgie de la main  
Ancien chirurgien des hopitaux  
de france (nantes et cholet)  
Ancien Chirurgien de l'Hôpital Hassan II - Agadir  
Expert assermenté auprès des Tribunaux



الدكتور زويطة عبد اللطيف

جراحة العظام والمفاصل

جراحة

## جراح سابق بمستشفيات فرنسا (نانسي و شولبي)

بمستشفى الحسن الثاني أكادير

خبرير محلف لدى المحاكم

Agadir, le : 22/03/2019

25 SARDAOUI

نہیں

$3 \times 49.40$  central

$L \times 8 \times 31; 8 \frac{1}{2} 10$

22 Nov. 90 Elmeray - 500

1-CP-39; pJ 10;

No. 4

Brexit

~~1051~~ Brode - (en) 15.  
280.40 1987; p. 15.  
MJC AL MANSOUR EDDAHBI  
AL OUSSERHIR  
Cour Eddahbi  
SACADIR  
01

980.45  
**PHARMACIE AL MANSOUR EDDAHR**  
**Dr. LAMIA OUSSERHIR**  
61, Av. Al Mansour Eddahbi  
Cité Dakha - AGADIR  
Tél: 05 28 22 01 45  
INPE: 042007377  
**Dr.** Chiru

*Dr. Zollinger und Lüdtke  
Chirurgische Klinik am Klinikum der Universität Regensburg*

Chirurgie de la main  
Expert assermenté auprès des Tribunaux

شارع الحسن الأول عمارة أمل سوس الطابق الثاني -أكادير فوق (السوق الممتاز جوهرة )  
Av. hassan 1er , Imm. Amal Sous, 2 ème Étage-Agadir (au dessus Super marché jawhara)  
Tel. : 05 28 23 10 49 - gsm : 06 51 12 75 91 - Email : cabinetzouita@gmail.com

# Dr. ZOUITA Abdellatif

chirurgien traumatologue Orthopédiste

Chirurgie de la main

Ancien chirurgien des hopitaux

de france (nantes et cholet)

Ancien Chirurgien de l'Hopital Hassan II - Agadir

Expert assermenté auprès des Tribunaux



# الدكتور زويطة عبد اللطيف

جراحة العظام والمقابض

جراحة اليد

جراح سابق بمستشفيات فرنسا (نانت و شولي)

جراح بمستشفى الحسن الثاني أكادير

خبير محقق لدى المحاكم

Agadir, le : 20.09.2014.

N° 5 AGADIR

Dolomed

2x5x60  
Solutomed 120 (x2)

~~MS.60~~

PHARMACIE AL MANSOUR EDDAHBI  
Dr. LAMIA OUSSERHIR  
61, Av. Al Mansour Eddahbi  
Cité Dakhla - AGADIR  
Tél: 05 28 22 01 45  
INPE: 042007377

S.V.

Barcode  
6 118001 170319

P.P.V: 57DH60

Barcode  
6 118001 170319

P.P.V: 57DH60

Dr. ZOUITA Abdellatif  
Chirurgien traumatologue Orthopédiste  
Chirurgie de la Main  
Expert assermenté auprès des Tribunaux  
Tél: 05 28 23 10 49 - gsm : 06 51 12 75 91 - Email : cabinetzouita@gmail.com

# برينكسين® أقراص فائرة

بيروكسيكام بيتاسيكلوديكسترين

20 مل.

قرص واحد

مؤدياً إلى منع عمل لويحات

*100,40*

ترخيص:  
بيروكسيكام  
(على شكل بيروكسيكام بيتاسيكلوديكسترين)  
سواخ (محتوى على لاكتوز وأسيبارتام) من أجل  
خاصيات:  
مضاد للالتهاب غير ستريودي منتمي إلى مجموعة أوكسيكام  
الدم.  
دواعي الاستعمال:  
محظوظة عند البالغ والطفل، أكمل من 15 سنة، الـ 11-12-13

## EFFERALGAN® 500mg

Paracétamol  
comprimés effervescent

**EFFERALGAN® 500 mg**

Important :

PPV 15DH90

EXP 03/2022

Présentation:

LOT 89029 2

Boîte de 16 comprimés

composition : 16 comprimés effervescents

Paracétamol

Excipient q.s.p.

1 comprimé de 3,26 g.

## EFFERALGAN® 500mg

Paracétamol  
comprimés effervescent

**EFFERALGAN® 500 mg**

Important :

PPV 15DH90

EXP 03/2022

Présentation:

LOT 89029 2

Boîte de 16 comprimés

composition : 16 comprimés effervescents

Paracétamol

Excipient q.s.p.

1 comprimé de 3,26 g.

### Propriétés :

Antalgique.

Antipyrétique.

### Indications :

Traitements symptomatiques des affections douloureuses et des affections fébriles.

### Précautions d'emploi :

- Ne pas dépasser les posologies indiquées et consulter rapidement le médecin en cas de surdosage accidentel.
- Ne pas laisser à la portée des enfants.
- Ne pas utiliser de façon prolongée sans avis médical.
- En raison de sa teneur en principe actif, ne pas administrer ce produit au jeune enfant, à moins d'un fractionnement de la prise.
- En cas de régime désodé ou hyposodé, il faut savoir que chaque comprimé d'EFFERALGAN 500 mg contient environ 412,4 mg de sodium et en tenir compte dans la ration journalière.

### Mode d'emploi et posologie :

- Adultes à partir de 15 ans : 1 à 2 comprimés 1 à 3 fois par jour.

- Enfants (de 7 à 15 ans) :

• de 7 à 13 ans : un demi comprimé 1 à 3 fois par jour.

• de 13 à 15 ans : 1 comprimé 1 à 3 fois par jour.

Dissoudre les comprimés dans un grand verre d'eau.

Les prises doivent être espacées d'au moins 4 heures.

# **COLTRAX®**

Thiocolchicoside

## **IDENTIFICATION DU MEDICAMENT**

### **Composition qualitative et quantitative :**

Comprimés :

THIOCOLCHICOSIDE (DCI)

Excipients.....

Solution injectable IM :

THIOCOLCHICOSIDE (DCI)

Excipients.....

49,40

4 mg  
1 comprimé

# **COLTRAX®**

Thiocolchicoside

## **IDENTIFICATION DU MEDICAMENT**

### **Composition qualitative et quantitative :**

Comprimés :

THIOCOLCHICOSIDE (DCI)

Excipients.....

Solution injectable IM :

THIOCOLCHICOSIDE (DCI)

Excipients.....

49,40

4 mg  
1 comprimé

# **COLTRAX®**

Thiocolchicoside

## **IDENTIFICATION DU MEDICAMENT**

### **Composition qualitative et quantitative :**

Comprimés :

THIOCOLCHICOSIDE (DCI)

Excipients.....

4 mg  
1 comprimé

Solution injectable IM :

THIOCOLCHICOSIDE (DCI)

Excipients.....

q.s.p.....

### **Forme pharmaceutique :**

Comprimés : Comprimés boîtes de 12 comprimés.

Solution injectable IM : Ampoules de 2 ml ; Boîtes

49,40

### **Classe pharmaco-thérapeutique :**

Myorelaxant (relaxant musculaire.)

## **DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?**

COLTRAX® est utilisé dans le traitement d'appoint des contractures musculaires douloureuses. Il doit être utilisé pour les affections aigües liées à la colonne vertébrale.

## **ATTENTION !**

## **DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?**

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- Hypersensibilité au Thiocolchicoside, à l'un des excipients ou à la colchicine.

- Allaitement.

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE pendant le premier trimestre de grossesse.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## **MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS D'EMPLOI :**

Comprimés : En raison de la présence de Saccharose et de Lactose, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas de Galactosémie congénitale, d'intolérance au fructose, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en sucrase-isomaltase ou en lactase (Maladies métaboliques rares). Des précautions sont nécessaires chez les personnes souffrant d'épilepsie.

L'apparition possible d'une diarrhée impose la diminution de la posologie.

En cas de douleur de l'estomac, il peut être utile de prendre le comprimé avec un médicament qui protège l'estomac : demandez l'avis de votre médecin.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## **INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS :**

Aucune interaction avec la Thiocolchicoside n'est attendue ni connue à ce jour.

SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

## **GROSSESSE - ALLAITEMENT :**

### **Grossesse :**

Ne prenez pas ce médicament :

- si vous êtes enceinte, pourriez tomber enceinte ou pensez que vous pourriez être enceinte.
- si vous êtes une femme en âge d'avoir des enfants n'utilisant pas de contraception.

Ce médicament peut mettre en danger votre enfant à naître.

### **Allaitemt :**

Ce médicament passe dans le lait maternel. Il est contre-indiqué pendant l'allaitement.