

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 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

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



Déclaration de Maladie

N° W19-422105

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5340 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUARI BOUCHAIB

Date de naissance : 1953

Adresse :

Tél. : 063517268 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09

Nom et prénom du malade : MOUARI BOUCHAIB

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : H.T.A. + Tachycardie

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



[illegible]

Montant de la Facture

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SEMLALI 83, Angle des Rues 11 et 1 Sid El Khadir Tél : 05.22.89.62.93	20/01/19	660,80

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur
PHARMACIE SEMLA
83, Angle des Rues 11 et 12
Sid El Khadir
Tél : 05.22.89.62.93

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

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

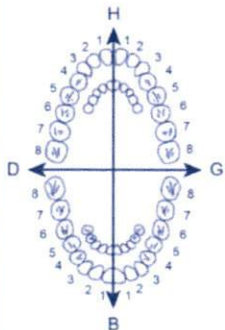
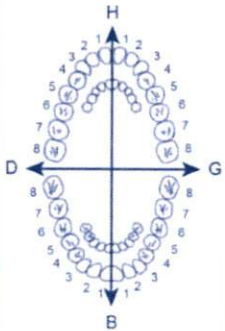
Cachet et signature
du Particien

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX 										
				MONTANTS DES SOINS 										
				DEBUT D'EXECUTION 										
				FIN D'EXECUTION 										
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX 										
	<div style="text-align: center;"> H <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table> B </div>				25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553
	25533412	21433552												
	00000000	00000000												
	D	G												
	00000000	00000000												
	35533411	11433553												
	[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

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP :

--	--	--	--	--	--	--	--	--

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة أمراض القلب الدار البيضاء - الوازيس CLINIQUE Cardiologique Casa-Oasis

Cardiologie / Cardiologie Interventionnelle / Radiologie Vasculaire Interventionnelle

Chirurgie Cardio Vasculaire et Thoracique

Coro-Scanner / 128 barrettes

Le 03/10/13

M^{re} Nouira Boudeif.

الدكتور محمد علاوي

Dr. Mohamed ALLAOUI

CARDIOLOGUE

DES de Cardiologie
et

Pathologie Vasculaire
de la Faculté

de

Médecine de PARIS

Ancien Interne

des

Hôpitaux de NANCY

Membre de la Société

Française de Cardiologie

1) - Azygos 38,000
2) - Tansulone 267,00
3) - 2,16x 4 S.V.
4) - Putyl 65,10
5) - Ultralene 660,80

PHARMACIE SEMLALI
n°83, Angle des Rues 11 et 1
Sidi El Khadir
Tél : 05.22.89.62.93

Titre
03/10/13

CLINIQUE CARDIOLOGIQUE
CASA - OASIS
20, Rue de France Ville Oasis - Casa
Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 83 25

Dr. Mohamed ALLAOUI
Cardiologue
20, Rue France
Ville - Oasis
Casa - Tél: 0522 98 07 06

20, Rue France Ville - Oasis - CASABLANCA 20000 الدار البيضاء - الوازيس - زنقة فرانس فيل - 20

Tél. : 05 22 98 75 75 / 05 22 98 07 06 / 05 22 99 49 72 - Fax : 05 22 98 83 25 - GSM : 06 72 29 45 14 - 06 72 29 47 13 - 06 72 29 48 72

E-mail : clinique_cardiologique@hotmail.com - Patente : 34788311 - C.N.S.S : 7379622 - I.F. : 01006967 - I.C.E : 001750502000084

N° Cpte : 190 780 21211 430 4969 0009 74 Banque Centrale Populaire - Casablanca

LOT: M0182
PER: 02/2021
PPH: 267.00 DH

ZIVLOX

Moxifloxacin 400 mg

Leva

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre 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 à votre pharmacien.

Cette notice contient les informations suivantes :

1. Qu'est-ce que zivlox 400 mg, comprimé pelliculé et dans quels cas est-il utilisé ?

2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre Zivlox 400 mg, comprimé pelliculé ?

3. Comment prendre Zivlox 400 mg, comprimé pelliculé ?

4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?

5. Comment conserver Zivlox 400 mg, comprimé pelliculé ?

6. Informations supplémentaires.

1. Qu'est-ce que zivlox 400 mg, comprimé pelliculé et dans quels cas est-il utilisé ?

CLASSE PHARMACOTHÉRAPEUTIQUE

Zivlox est un antibiotique de la famille des fluoroquinolones utilisé pour traiter, chez l'adulte à partir de 18 ans, certains types d'infections causées par certains microbes, appelés bactéries.

Zivlox 400mg, comprimé pelliculé, est indiqué dans le traitement des infections bactériennes suivantes causées par des bactéries sensibles à la Moxifloxacin :

- Exacerbations aiguës de bronchite chronique.

- Pneumonies communautaires.

- Sinusites aiguës bactériennes.

- Infections gynécologiques hautes d'intensité légère à modérée (y compris salpingites et endométrites), non associées à un abcès tubo-ovarien ou pelvien.

- Infections compliquées de la peau et des tissus mous. La Moxifloxacin doit être utilisée lorsque les antibiotiques recommandés dans le traitement initial des infections, sont jugés inappropriés ou lorsque ces antibiotiques n'ont pas été efficaces dans le traitement de l'infection.

2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre zivlox 400 mg, comprimé pelliculé ?

Si vous présentez l'un des effets secondaires graves suivants, demandez immédiatement une assistance médicale. Discutez avec votre médecin de la poursuite

éventuelle du traitement avec a . **Rupture ou tuméfaction**

• Des problèmes tendineux : une personne prenant Zivlox et dont les tendons sont des cordages qui relient les muscles aux os. Les tendons peuvent inclure :

- Douleur, gonflement, déchirure des tendons, par exemple au niveau de la cheville, de l'épaule, de la main ou il y a des tendons.

• Le risque d'avoir des problèmes tendineux que vous prenez Zivlox est :

- avez plus de 60 ans

- prenez des stéroïdes (corticoïdes)

- avez eu une greffe de rein

Des problèmes tendineux sont plus fréquents chez les personnes qui ne présentent pas ces problèmes ci-dessus lorsqu'elles prennent Zivlox.

• Les autres raisons pouvant causer des problèmes tendineux peuvent être :

- activité ou exercice physique intense

- insuffisance rénale

- problèmes tendineux dans le passé

• Appelez immédiatement votre médecin si vous avez un signe de douleur, de gonflement ou de déchirure au niveau d'un tendon. Arrêtez de prendre Zivlox.

• Arrêtez de prendre Zivlox si vous avez un signe de douleur, de gonflement ou de déchirure au niveau d'un tendon. Arrêtez de prendre Zivlox.

• Évitez d'utiliser la partie concernée de votre corps fréquemment concernée par le gonflement est le tendon de la cheville. Cela peut également affecter d'autres tendons.

• Parlez avec votre médecin si vous avez un signe de douleur, de gonflement ou de déchirure au niveau d'un tendon. Arrêtez de prendre Zivlox.

• Parlez avec votre médecin si vous avez un signe de douleur, de gonflement ou de déchirure au niveau d'un tendon. Arrêtez de prendre Zivlox.

• Parlez avec votre médecin si vous avez un signe de douleur, de gonflement ou de déchirure au niveau d'un tendon. Arrêtez de prendre Zivlox.

• Parlez avec votre médecin si vous avez un signe de douleur, de gonflement ou de déchirure au niveau d'un tendon. Arrêtez de prendre Zivlox.

• Parlez avec votre médecin si vous avez un signe de douleur, de gonflement ou de déchirure au niveau d'un tendon. Arrêtez de prendre Zivlox.

• Parlez avec votre médecin si vous avez un signe de douleur, de gonflement ou de déchirure au niveau d'un tendon. Arrêtez de prendre Zivlox.

• Parlez avec votre médecin si vous avez un signe de douleur, de gonflement ou de déchirure au niveau d'un tendon. Arrêtez de prendre Zivlox.

• Parlez avec votre médecin si vous avez un signe de douleur, de gonflement ou de déchirure au niveau d'un tendon. Arrêtez de prendre Zivlox.

• Parlez avec votre médecin si vous avez un signe de douleur, de gonflement ou de déchirure au niveau d'un tendon. Arrêtez de prendre Zivlox.

• Parlez avec votre médecin si vous avez un signe de douleur, de gonflement ou de déchirure au niveau d'un tendon. Arrêtez de prendre Zivlox.

• Parlez avec votre médecin si vous avez un signe de douleur, de gonflement ou de déchirure au niveau d'un tendon. Arrêtez de prendre Zivlox.

• Parlez avec votre médecin si vous avez un signe de douleur, de gonflement ou de déchirure au niveau d'un tendon. Arrêtez de prendre Zivlox.

• Parlez avec votre médecin si vous avez un signe de douleur, de gonflement ou de déchirure au niveau d'un tendon. Arrêtez de prendre Zivlox.

• Parlez avec votre médecin si vous avez un signe de douleur, de gonflement ou de déchirure au niveau d'un tendon. Arrêtez de prendre Zivlox.

• Parlez avec votre médecin si vous avez un signe de douleur, de gonflement ou de déchirure au niveau d'un tendon. Arrêtez de prendre Zivlox.

• Parlez avec votre médecin si vous avez un signe de douleur, de gonflement ou de déchirure au niveau d'un tendon. Arrêtez de prendre Zivlox.

• Parlez avec votre médecin si vous avez un signe de douleur, de gonflement ou de déchirure au niveau d'un tendon. Arrêtez de prendre Zivlox.

ULTRA-LEVURE

Saccharomyces boulardii **CNCM I-745**

50 mg



10 2021

PPV 65.10 DH

Tamsulosine Win® L.P.

Tamsulosine

0,4 mg

LOT : 9MA016
PER.: 08 2021
TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30
P.P.V : 98DH00



6 118000 062257

Voie Orale

gélule ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?

DANS L'HYPERTROPHIE BENIGNE DE LA PROSTATE

Tamsulosine Win® L.P.

0,4 mg

LOT : 9MA016
PER.: 08 2021
TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30
P.P.V : 98DH00



6 118000 062257

Voie Orale

le ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?

Tamsulosine Win® L.P.

Tamsulosine

0,4 mg

LOT : 9MA016
PER.: 08 2021
TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30
P.P.V : 98DH00



6 118000 062257

Voie Orale

gélule ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?

DANS L'HYPERTROPHIE BENIGNE DE LA PROSTATE

Amas de l'hypertrophie (augmentation de

gélule ?

le médicament,
à position couchée à

me classe, les alpha

de tension lors d'un
resser alors rapidement.
l'une réaction allergique
tre médecin.
si vous avez été ou êtes
cautions appropriées en
cin si vous devez ou non
ataracte.

PPV 34DH70

RYL®

Bromhexine - Sulfogaïacol)

PRESENTATIONS

Chlorhydrate de Bromhexine 0,040 g
Sulfogaïacolate de potassium 4,000 g
Excipient aromatisé caramel menthe q.s.p. 100 ml

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE
Mucolytique

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?
Ce médicament est un modificateur des sécrétions bronchiques.
Il facilite leur évacuation par la toux en les fluidifiant.

Ce médicament est préconisé dans les états d'encombrement des bronches.



مصلحة أمراض القلب الدار البيضاء - الوازيس
CLINIQUE Cardiologique Casa-Oasis
Cardiologie / Cardiologie Interventionnelle / Radiologie Vasculaire Interventionnelle
Chirurgie Cardio Vasculaire et Thoracique
Coro-Scanner / 128 barrettes

Casablanca, le 09 Octobre 2019

Mr MOUARID Bouchaib

FACTURE N 02966/19

Date	Désignation	QT	Montant
09/10/2019	Consultation Cardiologique ECG	1	250,00
			0,00
			0,00
			0,00
			0,00
			0,00
			0,00
			0,00
			0,00
			250,00

Arrêtée la présent facture à la somme de :
Deux Cent Cinquante dirhams (250,00 dhs)

Dr. Mohamed ALAOU
Cardiologue
20, Rue France Ville - Oasis
Casa - Tél: 0522 98 07 06

CLINIQUE CARDIOLOGIQUE
CASA - OASIS
20, Rue de France Ville Oasis - Casa
Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 83 25

ID: Moe R 21
D-naiss BOUCHAIB
ans, 142/84

09-Oct-2019 10:58:59

Fréq. Card. 68 BPM
Int PR: 149 ms
Dur.QRS 73 ms
QT/QTc 376/394 ms
Axes P-R-T 83 82 72

CLINIQUE CARDIOLOGIQUE
CASA - OASIS
20, Rue de France Ville Oasis - Casa
Tél: 0522 98 07 06 Fax: 0522 98 83 25

