

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Cessions 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

- Reclamation : 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

ND: 25542

Déclaration de Maladie : N° P19-0017613

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0.1177 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AI JJDou Fettoune Date de naissance : 1987

Adresse : Rue 28 N° 113 Alie 2 ouf a Cesca

Tél. : 0522 905262 Total des frais engagés : 352,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 6/11/2020

Nom et prénom du malade : AI JJDou Fettoune Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : 6/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-0017613 Pneumologie

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 06/01/2020 | C.S. | 150/00 | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|--------|-----------------------|
| PHARMACIE SALAH EDDINE SELMA HASSOUNI 36, Boulevard Oued Sebou Tel: 05 22 90 50 06 - Casablanca | 6/1/20 | 202,90 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| 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 |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous

Réquisitions les justificatifs exigés par la Mutuelle.
Piovaniq 69,00

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

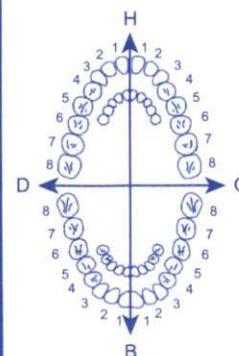
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | Coefficient DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 35533411 | 11433553 |



[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



درب غلف

DERB GHALLEF

وصفة
ORDONNANCE

Le 6.1.2020

PHARMACIE SALAHEDDINE
SELMA HASSOUNI
756, Boulevard Oued Sebou
Tél : 05 22 90 50 06 - Casablanca

69.00

58,40

52,80

22,40

202,90

KARBA
Pharmacie Sécurité Sociale

1) Brovadex 0

2) Glucophage 21/71

3) Coly 24 11/14

4) Melius 11/14

5) Pectulys 10/10



comprimé pelliculé
voie orale

BioVanic® 500 mg

Levofoxacin / Levofloxacin

Deva
Pharmaceutique

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.

1. QU'EST-CE QUE BioVanic 500 mg, comprimé pelliculé sécable ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Le nom de votre médicament est BioVanic 500 mg comprimé pelliculé. BioVanic comprimé contient une substance active appelée la lévofoxacine. Elle appartient à un groupe de médicaments appelés antibiotiques. La lévofoxacine est un antibiotique de type « quinolone ». Elle agit en tuant les bactéries responsables d'infections dans votre organisme.

BioVanic comprimé peut être utilisé pour traiter les infections des :

- Sinus.
- Poumons, chez les personnes ayant des problèmes respiratoires chroniques ou une pneumonie.
- Voies urinaires, notamment au niveau de vos reins ou votre vessie.
- Prostate, lorsque vous avez une infection qui dure.
- Peau et tissus sous-cutanés, y compris les muscles. C'est ce que l'on appelle parfois les « tissus mous ».

Dans certaines situations particulières, BioVanic comprimé peut être utilisé pour diminuer les risques de contracter une maladie

blème : si vous ingem trique ans le s n dans « brac je), si v arde), nez d lies de m _____
- Vi _____
- Vous avez déjà eu des problèmes _____
- Vous êtes atteint(e) de myasthénie _____

Autres médicaments et BioVanic

Si vous n'êtes pas sûr(e) que l'une d'entre elles ait été prescrite à votre cas, interrogez votre médecin ou pharmacien pour prendre BioVanic.

Informez votre médecin ou pharmacien si vous avez récemment pris ou pourriez prendre BioVanic. BioVanic peut affecter le mode d'action de certains médicaments. Ces derniers peuvent influencer l'efficacité de BioVanic. En particulier, prévenez votre médecin ou pharmacien si vous prenez les médicaments suivants. Ceci car ils peuvent augmenter les effets indésirables de BioVanic :

- Corticoïdes, parfois appelés stéroïdes. Vous avez plus de risques de développer une maladie de la peau ou une rupture de vos tendons.
- Warfarine - utilisée pour fluidifier le sang. Vous avez plus de risques de saigner. Votre médecin peut faire des contrôles sanguins réguliers pour vérifier le fonctionnement de votre sang.
- Théophylline - utilisée pour les bronchites chroniques. Vous avez plus de risques de faire une crise d'asthme si vous prenez avec BioVanic.

PECTRYL

(Bromhexine - Sulfofogaiïa)

FORME PHARMACEUTIQUE ET PRÉSENTATIONS

Sirup : Flacons de 150 ml et 250 ml

COMPOSITION CENTESIMALE

Chlorhydrate de Bromhexine 0,040 g
Sulfofogaiacolate de potassium 4,000 g

Excipient aromatisé caramel menthe q.s.p. 100 ml

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Mucolytique

DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

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 tissus respiratoires aigües ou lors d'épisodes aigües des bronchopneumonies.

Ce médicament ne doit pas être pris sans avis médical.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :

- Hypersensibilité à l'un des constituants du produit.

- Aspartam : contre indiqué en cas de phénylcétoneurie.

- Noumission de moins de 2 ans.

EN CAS DE DOUCE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPÉCIALES ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

De très rares cas de lésions sévères de la peau, telles que des syndromes de Stevens Johnson ou de Lyell, ont été rapportés chez des patients qui prenaient de la bromhexine. Si des lésions de la peau ou des muqueuses apparaissent, arrêtez par précaution votre traitement à base de Pectryl® et consultez immédiatement un médecin.

Il est conseillé de ne pas prendre de médicament antitussif ou de médicament asséchant les sécrétions bronchiques durant la période de traitement par ce médicament. En raison de la présence de sorbitol, ce médicament ne peut être administré en cas de galactosémie congénitale, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en lactase.

Le taux de sodium est inférieur à 1 mmol (ou 23 mg) par dose, c'est-à-dire «sans sodium». Ce médicament contient du «parahydroxybenzoate» et peut provoquer des réactions allergiques (éventuellement retardées).

Ce médicament contient de très faibles quantités d'éthanol (0,1455 mg/cuillérée à soupe; 0,0485 mg/cuillérée à café).

INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Grossesse
Il est préférable de ne pas utiliser ce médicament pendant la grossesse sauf en cas de nécessité absolue. Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité de poursuivre le traitement.

AllaITEMENT

La bromhexine passant dans le lait maternel, Pectryl® ne devrait pas être pris pendant l'allaitement.

D'UNE FAÇON GÉNÉRALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT DE TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MÉDICAMENT.

LISTE DES EXCIPIENTS AYANT UN EFFET NOTOIRE

PPV 22DH70
EXP 09/2022
LOT 990341



Solupred® 20 mg

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. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

Prednisolone
Comprimé

58,40

PER

2 / 21

Solupred® 20mg

de tube
d'insuffisance
myasthénie grave (atteinte
fatigue musculaire).

Prévenir votre médecin en cas de séjour dans les régions tropicale, subtropicale ou le sud de l'Europe, en raison du risque de maladie parasitaire.

La prise de ce médicament en association avec le sultopride (un médicament agissant sur le système nerveux central) ou avec un vaccin vivant atténué est à éviter (voir rubrique "interactions médicamenteuses et autres interactions").

PENDANT ET APRES LE TRAITEMENT :

Eviter le contact avec les sujets atteints de varicelle ou de rougeole.

En cas de traitement prolongé, ne jamais arrêter brutalement le traitement mais suivre les recommandations de votre médecin pour la diminution des doses.

Sous traitement et au cours de l'année suivant l'arrêt du traitement, prévenir le médecin de la prise de corticoïde, en cas d'intervention chirurgicale ou de situation de stress (fièvre, maladie).

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

Composition

Métaulfobenozoate de prednisolone et de sodium quantité correspondant en prednisolone à ... 20 mg.

Excipients : Acide tartrique, acide citrique anhydre, bicarbonate de sodium, benzoate de lithium, citron arôme naturel, saccharinate de sodium, silicone émulsion anti-mousse.

Chaque comprimé contient 50,80 mg de sodium.

Forme pharmaceutique et présentation

Comprimé effervescent. (Flacon (verre) de 20).

OEDES® 20 mg

Microgranules gastro-résistants en gélules

- Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre.
- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez je d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être i
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez ur non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre

DENOMINATION DU MEDICAMENT :
OEDES® 20 mg

COMPOSITION :

Chaque gélule contient 20mg de substance active : oméprazole.

Excipients : qsp 1 gélule.

FORME PHARMACEUTIQUE ET PRESENTATIONS :

Microgranules gastro-résistants en gélules. Disponibles en boîtes de 7, 14, 28 et 56

CLASSE PHARMACOLOGIQUE OU THERAPEUTIQUE :

Oedes 20mg, microgranules gastro-résistants en gélule contient une substance appelée oméprazole. C'est un médicament de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons. Il diminue la sécrétion acide au niveau de l'estomac.

DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Indications :

Adulte:

- En association à une bithérapie antibiotique, éradication de Helicobacter pylori en cas de maladie ulcéruse gastroduodénale.
- Ulcère duodénal évolutif.
- Ulcère gastrique évolutif.
- Oesophagite érosive ou ulcéратive symptomatique par reflux gastro-oesophagien.
- Traitement symptomatique du reflux gastro-oesophagien associé ou non à une oesophagite, en cas de résistance à la posologie de 10 mg d'oméprazole par jour.
- Traitement d'entretien des ulcères duodénaux chez les patients non infectés par Helicobacter pylori ou chez qui l'éradication n'a pas été possible.
- Traitement d'entretien des oesophagites par reflux gastro-oesophagien.
- Syndrome de Zollinger-Ellison.
- Traitement des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens lorsque la poursuite des anti-inflammatoires est indispensable.
- Traitement préventif des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens chez les patients à risque (notamment âge supérieur à 65 ans, antécédents d'ulcère gastroduodénal) pour lesquels un traitement anti-inflammatoire est indispensable. Enfant à partir de 1 an.
- Oesophagite érosive ou ulcératrice symptomatique par reflux gastro-oesophagien.

DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Contre-indications :

Ne prenez jamais Oedes 20mg, microgranules gastro-résistants en gélule:

- En cas d'allergie connue à l'un des composants de ce médicament.
- En association avec l'atazanavir associé au ritonavir (médicament anti-infectieux).

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

LOT 181367
EXP 02/2021
PPV 52.80DH

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef
 Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
 20100 CASABLANCA
 Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
 INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

| N° IPP : | 1125073 | N° SEJOUR : | 200001335 | FACTURE N° 2002000275 | | | | DATE D'ENTREE : | 06/01/2020 | DATE DE SORTIE : | 06/01/2020 |
|---|-----------------|------------------|------------------|------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|----------------|-----------------|-----------------|------------------|------------|
| ASSURE : | | | | | | | | DESTINATAIRE : | AIJJOU,Fattouma | | |
| MALADE : | AIJJOU,Fattouma | | | | UF: | 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI | | | | | |
| NOM JEUNE FILLE : | | | | | N° IMMAT C.N.S.S : | | | | | | |
| TIERS PAYANT 1 : | | | | | N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : | | | | | | |
| TIERS PAYANT 2 : | | | | | | | | | | | |
| REF. PC 1 : | REF. PC 2 : | | | | | N° SE. SOC. ETRANG. : | | | | | |
| 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 | |
| CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION DE SPÉCIALISTE | CS | 1.00 | 150.00 | 150.00 | | | | | 0.00 | 150.00 | |

| | | | | | | | | | | |
|---|--|------------------------|--|--|---|-----------------------|--------|--|---|--------|
| Intervenant : 150107 DR KABBAJ SAID | | | | TOTAUX : | 150.00 | | | | | 150.00 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS | | | | PLAFOND PC : | | | | | ACOMPTE: | |
| | | | | REMISE : | 0.00 | REGLE : | 150.00 | | AVOIR: | |
| | | | | RESTE DU: | 0.00 | | | | | |
| DATE FACTURE : 06/01/2020 | | EDITEE LE : 06/01/2020 | | PAR: AZEDIN | | ACCIDENT DE TRAVAIL : | | | | |
| VISA | | | | N° DE POLICE : | | | | | DATE AT : | |
| | | | | Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef | | | | | BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA | |
| BANQUE : | | | | | N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31 | | | | | |