

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.

diologie 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.

tique :

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.

entaire :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0040949

ND: 31393

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2857 Société : RAN

☒ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JOUDANE Mohamed

Date de naissance : 27-2-58

Adresse : Res. El-Hotour 8 Rue Goulouma

Bordj Boueche Casablanca

Tél. : 0661434528 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/5/2020

Nom et prénom du malade : JOUDANE Mohamed Age: 66

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

Nature de la maladie : Affection chronique

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 : Casablanca Le : 12/5/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
12/05/12	CS	1	5	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Lahjane ZEM KAMA Nadia Avenue du Pharo - Résidence Taghazout Casablanca Tél: 05 22 29 35 64	12/05/12	441,52

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

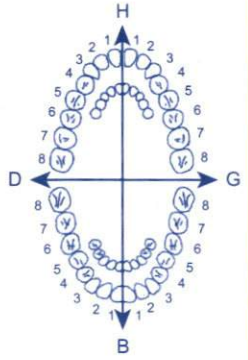
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

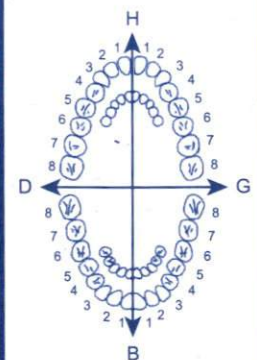
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

CLINIQUE JERRADA OASIS

مصحة جرادة الوازيس

Né le : 27/02/1955



CJ020E09205017

M. JOUDANE MOHAMED

Né le : 27/02/1955




CJ020E09205017

Casablanca, le 18/05/2020

C Joudane Moham

7975
① Zitronax 20  le vi x 3/j

1 q/l

5842
② Solpul 20 

112,00 3. 0.00

③ Inexim 40

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair benou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM

40 mg Cpr GR
Boite 14

641N50MP/21NRO P.P.V.: 123,60 DH



6 118001 020607

Pharmacie Lahajma
ZEMMAMA NADIA
du Phare - Résidence Taghazout
Casablanca - TA. 05 22 29 35 64

08,30

④ Atravent inhalant

29 Mentholin + goutes logistes (nébuliser)
63 Phynobone 1/2 d'après

Docteur Rachid EL KHETTANI
Pneumologue
175, Rue Botkrah - Casablanca
Tél: 05 22 49 23 75
IDE: 0014533000

Clinique Jerrada OASIS, Bd. Abderrahim Bouahid (Ex Jerrada), Oasis, Casablanca

Tél. : 05 22 23 81 81 - 05 22 23 84 52/53/54 - Fax : +212 5 22 23 81 82

Web : www.cliniquejerrada.ma - Mail : direction@cliniquejerrada.ma

AKDITAL
Acteur de Santé

ZITHROMAX*



UT.AV. : 1 2 2 0 1 1

P.P.V.

7 9 7 0

LOT N° : 1 2 8 5 3 8 5

azithromycine

E - POUDRE POUR SACHET - COMPRIMES

sachets

sachets

sachets

sachets

able 200 mg/5 ml, flacon de 15 ml, 1 cuillerée mesure est égale à 5 ml équivalent à 200 mg.

ZITHROMAX 500 mg

3 comprimés



5 118000 250500

INDICATIONS :

que de la classe des azalides, apparenté aux macrolides.

ans les infections ou surinfections bactériennes à germes sensibles.

CONTRE-INDICATIONS :

- Antécédents d'allergie à l'azithromycine et aux macrolides.
- Insuffisance hépatique sévère.

MISE EN GARDE :

- Toute manifestation allergique (éruption cutanée, démangeaison...) en cours de traitement doit être signalée immédiatement à votre médecin.
- Signaler au médecin traitant toute allergie ou manifestations allergiques survenues lors de traitements par les antibiotiques de la famille des macrolides.
- Ce médicament ne doit pas être utilisé chez les patients présentant une maladie hépatique.
- En l'absence de données, l'association aux dérivés de l'ergot de seigle n'est pas recommandée.

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Prévenir le médecin traitant en cas de :
 - insuffisance hépatique,
 - antécédents allergiques,
 - manifestations cutanées à l'origine allergique,
 - prise concomitante d'autres médicaments,
 - grossesse,
 - allaitement.

EFFETS INDESIRABLES :

- Troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhées et douleurs abdominales.
- Manifestations allergiques : prurit, rash cutané, œdème de Quincke.

Ventoline® 0,5 pour cent (5 mg/ml)

SALBUTAMOL

Solution pour inhalation par nébuliseur

Veux-tu savoir avant d'utiliser ce médicament car elle contient des

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV: 29,50 DH

ID: 6 118001 141296

Si vous avez quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien.

Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice.

Que contient cette notice ? :

1. Qu'est-ce que Ventoline et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser Ventoline?
3. Comment utiliser Ventoline?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver Ventoline?
6. Contenu de l'emballage et autres informations

1. QU'EST-CE QUE VENTOLINE ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ventoline contient du salbutamol, un bronchodilatateur du groupe des bêta-mimétiques.

Le salbutamol est indiqué chez les adultes, les adolescents et les enfants âgés de 4 à 11 ans (pour les bébés et les enfants de moins de 4 ans, voir rubrique 3).

Ce médicament est utilisé pour :

- soulager les symptômes des bronchospasmes (contractions des bronches) dus à l'asthme, la bronchite chronique obstructive (maladie chronique invalidante qui se caractérise par une diminution progressive du souffle liée à une inflammation des bronches), l'emphysème (maladie chronique qui détruit progressivement les poumons) et les maladies pulmonaires dans lesquelles le bronchospasme est un facteur de complication,
- traiter à la demande les symptômes des exacerbations aiguës (se caractérisant notamment par une respiration plus difficile et un encombrement des bronches) en cas d'asthme léger et d'asthme modéré à grave, lorsque le traitement de fond est assuré par des corticoïdes,
- éviter et traiter les crises dues notamment à l'asthme d'effort et à l'asthme allergique en cas d'exposition inévitable à un allergène



Solupred® 20 mg

Solupred® 20 mg

20 Comprimés effervescents



6 118000 060536

même en cas de symptôme, cela pourrait lui être nocif.

8140

Solupred® 20mg

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

Composition

Métasulfobenzoate 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).

Prednisolone



6J18001 040018

ATROVENT 0,50 mg / 2 ml

(Bromure d'ipratropium)

Solution pour inhalation par nébuliseur

10 unidoses

BOTTU S.A.

PPV : 68 DH 80

erc
sance rénale, d'ostéoporose
nie grave (maladie des muscles avec
musculaire).

votre médecin en cas de séjour dans
ns tropicale, subtropicale ou le sud de
en raison du risque de maladie
re.

de ce médicament en association avec
iride (un médicament agissant sur le
erveux central) ou avec un vaccin vivant
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).