

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

itions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

ntaire :

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



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

Déclaration de Maladie : N° S190002687

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **05706** Société : **ROYAL AIR MAROC**

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : **BRIXI Naïma** Date de naissance :

Adresse : **BD Bagdad - Ain Chok - Rue 142 - N° 66 - CASA**

Tél. : **06 71 21 69 26** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. HASSANI Redouane
Spécialiste Oreille, Nez, Gorge,
Chirurgie Cervico-Faciale
Bd. Al Qods Rés. Qods California
Imm. GH8 Appt. 14 Ain Chok
Casablanca - Tél : 05 22 52 69 78

Date de consultation : **03 JUIN 2020**

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : **ART SRL**

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 : **15 / 06 / 2020**

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
03 JUIN 2020	1		250 DA	Dr. HASSANI Redouane Spécialiste Oreille, Nez, Gorge, Chirurgie Cervico-Faciale Bd. Al Qods Rés. Qods California Imm. GH6 Appt. 14 Ain Chock Casablanca - Tél : 05 22 52 69 78

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
03/06/2020 PHARMACIE AIN CHOCK R. GHITIA Bd. Tahar el Moukhtar - Tél. 05 22 52 69 78	03/06/2020	28000

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 :

Veillez 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 colspan="2">H</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 colspan="2">B</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

Dr HASSANI Redouane

Spécialiste



د. الحسنی رضو

أخصائي

طب وجراحة الأذن الأنف والحنجرة
جراحة العنق والوجه

Tél: 0522 52 69 78

الهاتف : 0522 52 69 78

Ordonnance Médicale

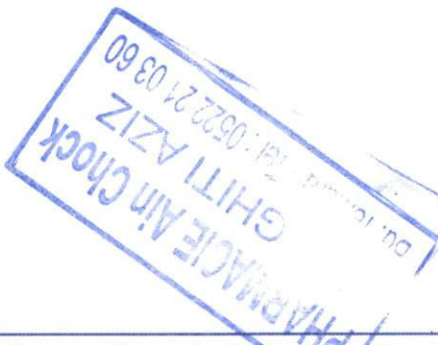
Casablanca le : 03/06/2020

MME BRIXI NAIMA



- Augmentin 1g sachet
1 sachet, matin et soir , pendant 8 jours
- Predni cooper 20 mg
3 Comprimé, matin, pendant 5 jours
- Oflocet goutte auriculaire
1 dose matin et le soir pendant 7 jours

Dr. HASSANI Redouane
Spécialiste Oreille, Nez, Gorge,
Chirurgie Cervico - Faciale
Bd. Al Qods Rés. Qods Californie
Imm. GH8 App. 14 Ain Chock
Casablanca - Tél : 05 22 52 69 78



511، شارع القدس، إقامة حدائق القدس كاليفورنيا، رقم 14 حي الشريعة - عين الشق - الدار البيضاء

Boulevard Al Qods, Résidence Al Qods Californie, immeuble 8, N° Appt 14, Ain Chock Casablanca

Tél: 0522 52 69 78 / 06 15 82 91 89 / E-mail : cabinet.orl.hassani@gmail.com

AMOXICILINE-ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN

1g /125 mg

Sachets

..... sachet(s) fois par jour à
prendre de préférence au début des repas,
pendant jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

...كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 168,20 DH
LOT: 623731
PER: 05/21



الآثار الجانبية التي يمكن أن تظهر عند إجراء تحليل الدم أو البول:

- انخفاض مهم في عدد الكريات البيضاء
- انخفاض عدد الكريات الحمراء (فقر الدم الانحلالي)
- بلورات في البول.

إذا ظهرت عليك آثار جانبية:

← إذا أصبح أحد الآثار الجانبية حاداً أو مزعجاً، أو إذا ظهر عليك أثر جانبي
تحدث في الأمر مع طبيبك أو الصيدلي.

التصريح بالآثار الجانبية

إذا أحسست بأي أثر جانبي، تحدث في الأمر مع طبيبك أو الصيدلي. وينطبق هذا
غير متكرر في هذه النشرة الدوائية.

5. كيف يمكن حفظ أوغمنتان؟

يحفظ بعيداً عن مرأى و متناول الأطفال.

تاريخ انتهاء الصلاحية

لا ينبغي استخدام أوغمنتان بعد تاريخ الصلاحية المذكور على العبوة.

شروط الحفظ

يحفظ بعيداً عن الرطوبة وفي حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية.

تحذيرات خاصة

لا ينبغي رمي الأدوية في شبكة المجاري أو مع النفايات المنزلية. استمر الصيدلي
غير المستخدمة فقد تساعد هذه النفايات في حماية البيئة.

6. معلومات إضافية

ما الذي يحتوي عليه أوغمنتان 1g/125 ملغ للتكبير، مسحوق معلق قابل للشرب

N 500 mg/62,5 mg ADULTES, comprimé pelliculé

à clavulanique

médicament

attentivement l'intégralité de cette notice avant

te notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

az d'autres questions, si vous avez un doute, demandez

ou votre pharmacien.

ment vous a été personnellement prescrit (ou a été

mais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes

ocif.

es effets indésirables devient grave ou si vous présentez

à dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou votre

notice :

QUE AUGMENTIN ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

ONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE AUGMENTIN ?

PRENDRE AUGMENTIN ?

NT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?

CONSERVER AUGMENTIN ?

IONS SUPPLÉMENTAIRES

QUE AUGMENTIN ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

macothérapeutique

est un antibiotique qui tue les bactéries responsables

différentes, appelées amoxicilline et acide clavulanique.

médicaments appelés « pénicillines », qui peuvent

L'autre constituant actif (l'acide clavulanique) empêche

thérapeutiques

utilisé pour traiter les infections dues aux germes

même médicament administré par voie injectable.

espèces bactériennes responsables de l'infection.

antibiotiques actuellement disponibles.

LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER AUGMENTIN :

ations nécessaires avant la prise du médicament :

g/125 mg ADULTES, poudre pour suspension buccale.

medecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains

ce médicament.

AUGMENTIN 500 mg/62,5 mg ADULTES, comprimé pelliculé :

Ne prenez jamais AUGMENTIN :

• Si vous êtes allergique (hypersensible) à l'amoxicilline, à l'acide clavulanique ou à l'un des autres composants contenus dans AUGMENTIN (cf. rubrique 6).

• Si vous avez déjà présenté une réaction allergique grave (d'hypersensibilité) à un antibiotique. Ceci peut inclure une éruption cutanée ou un gonflement.

• Si vous avez déjà eu des problèmes au foie ou développé un ictère lors de la prise d'un antibiotique.

→ Ne prenez pas AUGMENTIN si vous êtes dans l'une des situations ci-dessus.

En cas de doute, demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien.

Faites attention avec AUGMENTIN :

Demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien avant de

• souffrez de mononucléose infectieuse,

• êtes traité(e) pour des problèmes au foie ou aux reins,

• n'urinez pas régulièrement.

En cas de doute, demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien.

AUGMENTIN

Dans certains cas, votre médecin pourra rechercher le type de bactérie.

Selon les résultats, il pourra vous prescrire un dosage différent de celui du médicament.

Réactions nécessitant une attention particulière

AUGMENTIN peut aggraver certaines maladies ou engendrer

notamment des réactions allergiques, des convulsions et une

Lorsque vous prenez AUGMENTIN, vous devez surveiller certains

risques. Voir « Réactions nécessitant une attention particulière ».

Tests sanguins et urinaires

Si vous effectuez des analyses de sang (nombre de globules rouges

hépatiques) ou des analyses d'urine (dosage du glucose), vous

l'infirmière (ier) que vous prenez AUGMENTIN. En effet, AUGMENTIN

de ces types de tests.

Prise ou utilisation d'autres médicaments

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament,

N200814-01



LOT N°:

UT. AV :

PPV (DH) :

42,00

اتبع نصائح الطبيب أو الصيدلي

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
All. sebaâ Casablanca
Cloctet 1,5 mg/0,5 ml sol
atriculaire b20
P.P.V : 70,60 DH

