

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.

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.

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.

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

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

Nº P19- 052194

MP-31563

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10006 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : M. S. D. R. Chahri Mouna

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-052194

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 :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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 | Coefficient | Coefficient des |
|--|--|--|------------------|-------------|--------------------------------|
| | | | | | Montant des soins |
| | | | | | Début d'exécution |
| | | | | | Fin d'exécution |
| | | | | | Coefficient des travaux |
| O.D.F. Prothèses dentaires | | Détermination du coefficient masticatoire | | | |
| | | H | | | |
| D | 25533412 00000000 00000000 35533411 | 21433552 00000000 00000000 11433553 | G | | |
| (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| | | |
|---------------------------|-------------------------|------------------------|
| VOLET ADHERENT | NOM : CHAHIDOUNE HASSAN | Mle 10.006 |
| DECLARATION N° W18-400757 | | |
| Date de Dépot | Montant engagé | Nbre de pièces Jointes |
| 09/06/20 | 685,0 | 058 |

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle



W18-400757

DATE DE DEPOT

09.06.2020

| | | |
|----------------------------------|-------------------------|------------|
| A REMPLIR PAR L'ADHERENT | | Mle 10.006 |
| Nom & Prénom : CHAHIDOUNE HASSAN | | |
| Fonction : Agent REGL | Phones : 06.60.88.12.18 | |
| Mail : | | |

| | | | | |
|---|--|---------------------------------|--------------|-------------------|
| MEDECIN | Prénom du patient : Alimouni Anna Ep elahlaoui | | | |
| Adhérent <input type="checkbox"/> | Conjoint <input type="checkbox"/> | Enfant <input type="checkbox"/> | Age : 51 ans | Date : 09.06.2020 |
| Nature de la maladie : Affection respiratoire | | | | |

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

| Nature des actes | Nbre de Coefficient | Montant détaillé des honoraires |
|------------------|---------------------|---------------------------------|
| E2 | | 250 DH |

PHARMACIE Date : 09.06.20

Montant de la facture : 285,00

Dr. AMRANI HENCI SAIDA
Pneumo-Pathologue et Allergologue
Résidence Firdaus, GH2SA
Tél : 05 22 89 02 02

PHARMACIE AL HAKIM
Dr. AOUIB BOUCHRA
100, Rue Angle 64/100 Lot. Sevella Oulfa
CASABLANCA - Tél : 0522 07 71 60

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES Date : 09.06.20

Désignation des Coefficients : Rx Hax Montant détaillé des Honoraires : 150 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX Date :

| Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|--------|----|----|----|---------------------------------|
| AM | PC | IM | IV | |
| | | | | |

Dr. AMRANI HENCI SAIDA
Pneumo-Pathologue et Allergologue
Résidence Firdaus, GH2SA
Tél : 05 22 89 02 02

15 JUIN. 2020
ACCUEIL SIEGE RAM

Docteur AMRANI HENCHI SAIDA

Pneumo - phisiologue
Maladiés Respiratoires et Allergiques

Asthme, Rhinite, Tuberculose
Ronflement et Apnées du Sommeil

Adultes et Enfants

Ex Médecin au CHU Ibn Rochd
Et Hôpital Moulay Youssef



الدكتورة سعيدة حنشي في

اختصاصية

في أمراض الجهاز التنفسي

الضيق ، داء السل

كبار و أطفال

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد
ومستشفى مولاي يوسف

Casablanca, le 09.06.2020 الدار البيضاء، في

Dr. Amrani Saida.

EP chahmoun

248.0

D

Sechete 250. (Dardus)

180ml + 100 ml

37.0

D

Breloches

275.0

180x21

PHARMACIE AL HAKIM

Dr. AOUIB BOUCHRA
100 Rue Ange 54100 Lot. Sekelia Oulfa
Casablanca - Tél : 05 22 89 02 02

Dr. AMRANI HENCHI SAIDA
Pneumo-Phisiologue et Allergologue
Résidence FIRDAOUS, GH-5A
RDC - CASABLANCA
Tél : 05 22 89 02 02

DULASTAN® 500mg/2mg

Comprimé
Boîte de 20

Paracétamol - Thiocolchicoside

- Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.
- Gardez cette notice, vous pourrez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

DULASTAN® 500 mg/2 mg دولاستان

Boîte de 20 comprimés

علبة من 20 قرصاً

COMPOSITION :

Paracétamol
Thiocolchicoside
Excipients : q.s.p. 1 comprimé
Excipients à effet notoire : Amidon de blé, lactose.

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament est préconisé dans :

- Traitement symptomatique de la douleur d'origine rhumatismale ou musculaire en traumatologie et gynécologie.
- Traitement d'appoint des contractures douloureuses au cours :
 - des affections vertébrales dégénératives et des troubles statiques vertébraux : torticolis, dorsalgies, lombalgies.
 - des affections traumatologiques et neurologiques (avec spasticité).

ATTENTION !

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament ne doit pas être utilisé en cas :

- d'hypersensibilité au thiocolchicoside ou au paracétamol,
- de grossesse,
- d'allaitement,
- d'insuffisance hépatocellulaire,
- d'hypersensibilité à l'un des excipients du produit,
- chez l'enfant de moins de 15 ans.

MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Chez les patients souffrant d'insuffisance hépatique et/ou rénale, d'affections cardiaques ou pulmonaires, éviter les traitements prolongés.
- Pour éviter le risque de surdosage au paracétamol, vérifier l'absence de paracétamol dans la composition d'autres médicaments.
- Le thiocolchicoside doit être administré avec prudence chez les patients épileptiques ou à risque de convulsions.
- En cas de diarrhée, prévenez votre médecin qui pourra éventuellement réajuster la posologie.
- Eventuellement, ingérer les comprimés avec un pansement gastrique.
- Ne pas dépasser la dose prescrite.
- Il est conseillé de consulter un médecin pour des traitements excédant 7 jours.

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

En raison de la présence de lactose, ce médicament est contre-indiqué en cas de galactosémie congénitale, de syndrome de malabsorption du glucose et de galactose, ou de déficit en lactose.

L'amidon de blé peut provoquer des réactions allergiques chez les personnes allergiques au blé ainsi que des intolérances chez les personnes souffrant de maladies coeliaques.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS :

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

DULASTAN® peut augmenter la toxicité du chloramphénicol.

En cas de traitement avec des anticoagulants oraux, on peut l'administrer occasionnellement comme analgésique d'élection.

Examens paracliniques :

La prise de paracétamol peut fausser le dosage de l'acide urique sanguin par la méthode à l'acide phosphotungstique et le dosage de la glycémie par la méthode à la glucose oxydase-peroxydase.

37,00

37,00

ID : 644221

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 248 00 DH
6 118001 141104

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

SERETIDE DISKUS

100 microgrammes/50 microgrammes/dose,
250 microgrammes/50 microgrammes/dose,
500 microgrammes/50 microgrammes/dose,
poudre pour inhalation en récipient unidose
propionate de fluticasone/salmétérol

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un 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. Voir rubrique 4.

Que contient cette notice ?

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

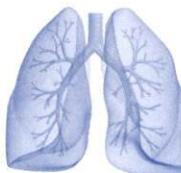
Docteur AMRANI HENCHI SAIDA

Pneumo - phtisiologue
Maladies Respiratoires et Allergiques

Asthme, Rhinite, Tuberculose Bilan Allergologique et explorations respiratoires

Adultes et Enfants

Ex Médecin au CHU Ibn Rochd
Et Hôpital Moulay Youssef



- **الدكتورة حمراني حنتي سعيدة**
اختصاصية
- في امراض الجهاز التفسي
- الضيقه ، داء السلس
- تحليلات الحساسية والتفسس

كبار وأطفال

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد ومستشفى مولاي يوسف

Casablanca, le :

Nom & Prénom : M. Allimadi Amine
EP chahbene
TELETHORAX

Interprétation :

- Pas d'anomalie Parenchymateuse
 - Pas d'anomalie mediastinale ni Squelettique
 - Culs de sacs libres
 - Silhouette cardiaque normale

Dr. AMERI NI HENCHI SAIDA
Pneumo-Phthisiologie et Allergologie
Résidence e Finibus, GH25A
RDC - CABA BLANCA
Tel : 05 22 89 02 02

Honoraires : Z12

150 DM