

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 048673

ND: 46668

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7394 Société : RAN

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BAGDAD RAN

Date de naissance : 02/08/65

Adresse : RUE 3 VILLAZIB ABIRAK RAK EL OULFA

Tél : 0661306662 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/09/2020

Nom et prénom du malade : BAGDAD Houda Age :

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

Nature de la maladie : Fu Salei

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) :

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.

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

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

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
04/09/2022			2000	دكتور سعيد الذي طبيب محلف مولاي التهامي طريق في الحي الدار 60. قريه مسند في الحي - الحبي 9511 072 911 79 88 الهاتف

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
04/09/2022	328,30	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

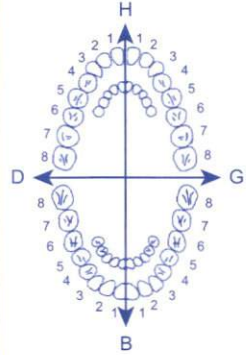
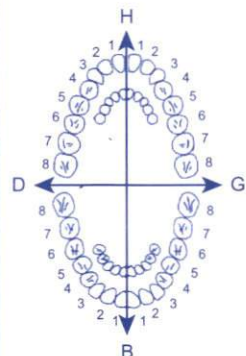
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 de

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

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الخزولي

طبيب مجلّف

خبیر الہدی المحاکم

Casablanca, le :

AGDAD

04.09.2021

Of Kenzo

1 yr 2/7

Cataplana 50

1943

Belmagloz

$$x y a^{2/f}$$

Dolipran®

10/12/21

PHARMACIE AL OUAED
Docteur en Pharmacie
65, Av. Oued Sebou - El Oufra
Tél / Fax : 05 22 90 53 45
CASA BLANCA
ICE : 00154146000057

32815

PHARMACIE AL OUARD
S. CHALAK Haj Nassar
Docteur en Pharmacie
35, Av. Oued Sahou - El Oufra
Tél. : 022 90 53 45
Fax : 022 90 53 45
ICE : 0215 146800057

صنعي - الوادي
60, Route Moulay Thami
Tél. :

الدكتور محمد بن علي بن عبد الله
طبيب محام
(قرب مستشفى الحسن)
60, طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضما
المانا) 70 88 90 97 66

hami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca
Tél. : 05 22.90.70.88: الهاتف - E-mail : drqzsa@gmail.com

بعض الأطفال المصابون بأمراض مزمنة يحتاجون إلى علاج طويل المدى من أجل تجنب
العدوى والتهابات، مثل خفقان، أو أن يزداد بشكل خفيف من خلال العدوى الجهاز الهضمي.

KOI[®]

ray gorge Adultes



LOT

200148



2023/03

PPC : 89,50 DH

e la douleur d

medical C€

orme aux dispositions de la

synergie de ses composants et a l'activation de la gorge qui peuvent être
traitement des états inflammatoires de la gorge et la poussière,
ternes tels que la fumée, la pollution et la poussière,
ateurs tels qu'une sécheresse de la gorge, des picotements,

action protectrice sur la gorge irritée.

nts agresseurs externes et en favorisant la restauration des
s où la gorge est exposée à des conditions environnementales

sentielles.

arôme, extrait sec de sauge (*Salvia officinalis*, maltodextrine),
de myrrhe (*Commiphora myrra*, maltodextrine), extrait sec
C, huile essentielle de sauge (*Salvia officinalis*), conservateur :
iperita), huile essentielle de thym (*Thymus vulgaris*), acidifiant :

oulvérisations. Répéter l'opération 3 à 4 fois durant la journée

ité ou une allergie aux produits de la ruche ou à tout autre

on

nt conservé

malement bien toléré. Aucun effet secondaire n'est à prévoir.
écurité est prouvée et qui en permettent l'usage prolongé.
erisateur.

s utiliser après la date d'expiration.

inate Monastero (LC) - Italy
e Annakhai 20370- Casablanca

9294DEP/MAR002

OFIKEN®

Céfixime

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

- Elle contient des informations importantes sur votre traitement.
- Si vous avez d'autres questions, 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, car cela pourrait lui être nocif.
- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

DENOMINATION :

OFIKEN® 200 mg, comprimés pelliculés.

OFIKEN® 100 mg/5 ml, poudre pour suspension buvable.

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE :

OFIKEN® 200 mg, comprimés pelliculés

Céfixime trihydraté, quantité correspondant à céfixime anhydre..... 200 mg
Excipients..... q.s.p un comprimé pelliculé.

OFIKEN® 100 mg/5 ml, poudre pour suspension buvable

Céfixime trihydraté, quantité correspondant à céfixime anhydre..... 100 mg
Excipients..... q.s.p 5 ml de suspension reconstituée.

FORME PHARMACEUTIQUE ET PRESENTATION :

OFIKEN® 200 mg, comprimé pelliculé, boîtes de 8 et 16.

OFIKEN® 100 mg/5 ml :

Poudre pour suspension buvable en flacon de 30 ml soit 150 doses-kg

Poudre pour suspension buvable en flacon de 60 ml soit 300 doses-kg

Poudre pour suspension buvable en flacon de 100 ml soit 500 doses-kg

Toutes les présentations peuvent ne pas être disponibles.

CLASSE PHARMACO-THÉRAPEUTIQUE :

Antibiotiques de la famille des céphalosporines.

DANS QUELS CAS UTILISER :

Comprimé pelliculé :

Ce médicament est indiqué :

- Otites et sinusites aiguës,
- Infections bronchiques et
- Certaines infections urogénitales.

Poudre pour suspension buvable :

Ce médicament est indiqué :

- Infections bronchiques et
- Otites moyennes aiguës,
- Certaines infections urinaires.

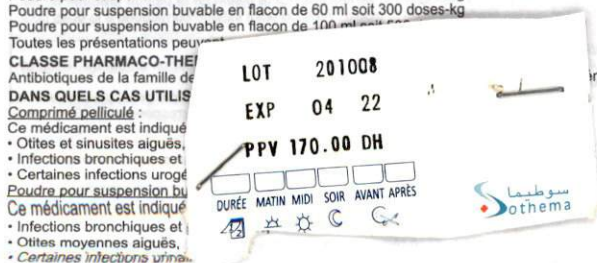
ATTENTION !

a) Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament ?

Poudre pour suspension buvable et comprimé pelliculé :

- Allergie connue aux antibiotiques du groupe des céphalosporines, ou à l'un des excipients de ces médicaments.

Comprimé pelliculé :



LOT: M20044
EXP: FEB 2023
PPV: 45,50 DH

تسمية
كاطافلام
تغليف سكري
كاطافلام
تغليف سكري
ديكلوفيناك



ي على معلومات

يرجى قراءة النشرة
مهمة بالنسبة لك.

حافظ على هذه النشرة لاستشارة الطبيب أو الصيدلي إذا كان لديك المزيد من الأسئلة أو إذا راودك شك.
وصف لك هذا الدواء شخصيا فلا تصفه لأشخاص آخرين حتى وإن كانت أعراض مرضهم تشبه أعراض مرضك لأنه يمكن أن يكون مضرا لهم.
إذا تفاقم عليك إحدى الأعراض الجانبية أو إذا أحسست بأي أعراض جانبية غير مذكورة في هذه النشرة، استشر الطبيب أو الصيدلي.

على ماذا تحتوي هذه النشرة ؟

1. ما هو كاتافلام وفي أية حالة يتم استعماله؟
2. ما هي المعلومات التي يجب معرفتها قبل استعمال كاتافلام ؟
3. كيفية استعمال كاتافلام ؟
4. ما هي الآثار الجانبية المحتملة؟
5. كيفية حفظ دواء كاتافلام
6. معلومات أخرى

1. ما هو كاتافلام وفي أية حالة يتم استعماله؟

يحتوي كاتافلام على ديكلوفيناك بوتاسيك، وهو مركب غير ستيرويدي يتميز بخصائصه المسكنة والمضادة للالتهابات.
يخفف أخذ دواء كاتافلام من أعراض الالتهاب مثل الألم والتورم بمنع تركيب الجزيئات (البروستاجلاندين) التي تسبب الالتهاب والألم والحمى. لا يعالج هذا الدواء أسباب هذه الأعراض.
يظهر مفعول كاتافلام خلال 30 دقيقة. يستعمل بوصفة طبية لمدة قصيرة (أسبوع واحد كحد أقصى) لعلاج الالتهابات الحادة التالية، في حالة الرغبة في ظهور تأثير فوري للدواء:

التهابات وآلام بعد الإصابة (مثل التواء، شد عضلي)

التهابات وآلام بعد جراحة العظام أو الأسنان

آلام والتهابات في أمراض النساء

نوبات الصداع النصفي مع أو بدون هالة

متلازمات مؤلمة للظهر والرقبة

الروماتيزم خارج المفصلي.

علاج تكميلي لمختلف الالتهابات الحادة والمؤلمة خاصة على مستوى الأذنين، الأنف

والحنجرة.

لا تستخدم دواء كاتافلام للحب من الحمى فقط.

إذا كنت تعاني من مرض قلبي أو من خطر كبير للإصابة بمرض قلبي. سيحدد الطبيب ضرورة مواصلة العلاج بكاتافلام وخاصة إذا خضعت للعلاج لفترة دامت أكثر من أربعة أسابيع.

2. ما هي المعلومات التي يجب معرفتها قبل استعمال كاتافلام ؟

لا يجب استعمال دواء كاتافلام إذا:

كنت مصابا بحساسية تجاه إحدى مكونات هذا الدواء أو إذا كنت تعاني من مشاكل تنفسية أو تفاعلات جلدية من نوع حساسية بعد أخذ حمض الأسيتيل ساليسيليك أو أدوية أخرى مضادة للألم أو مضادة للروماتيزم تسمى الأدوية المضادة للالتهاب غير الستيرويدية، مثل تورم في الوجه والشفتين واللسان والرقبة و / أو الأطراف (علامات على وذمة وعائية).

كنت في الأشهر الثلاثة الأخيرة من الحمل.

كنت تعاني من قرحة شديدة في المعدة و/أو في الأمعاء الدقيقة (قرحة الاثني عشر)، نزيف أو ثقب معوي أو في حالة ظهور أعراض مثل الدم في البراز أو تغيير لون البراز إلى الأسود.

كنت تعاني من أمراض التهابات الأمعاء المزمنة (مرض كرون والتهاب القولون

Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الخزولي

طبيب محلف
خبر لدى المحاكم

BAGDAD

فوندا

Casablanca, le : 15 SEP 2020 : الدار البيضاء، في :

~~Colloque~~
~~Phikol~~

دكتور سعيد الخزولي
طبيب محلف
خبر لدى المحاكم
60, طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الإجتماعي) - مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء
Tél. : 05 22.90.70.88 - E-mail : drgzs@gmail.com

60, طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الإجتماعي) - مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 05 22.90.70.88 - E-mail : drgzs@gmail.com