

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.

Prothétique :

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



DC D

55449

Déclaration de Maladie : N° P19- 0016578

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	14 82	Société :	R.A.M	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :		
Nom & Prénom :		Khalifa MOUSTAKHE	Date de naissance :	01/3/87
Adresse :		Nasri Rue 125 N° 24 Ain Diab		
Tél. :		0661223289	Total des frais engagés :	Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. FAROUK RAOUF
 Expert Assermenté auprès Des Tribunaux
 Médecine Générale
 C.A.M.U. Université Paris
 30, Rue Faidi Khalifa Etg 2 Appt 15
 Casablanca
 Tél: 0522 56 56 59-Gsm: 0661 30 30 61

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/11/2020

Nom et prénom du malade : KHALIFA Neuré d'âge : _____

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Br. 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 : _____

MUPRAS
 ACCUEIL

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19- 0016578

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
05/11/2020	V.		150.000	<i>FAROUK RAOUF Médecine Auprès des Tribunaux U. Khalifa Ets 2 Appt 15 blanca sm: 0661303061</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

VIOLET ADHESIVE

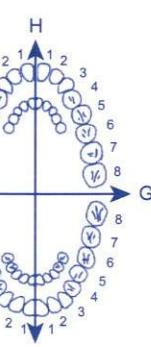
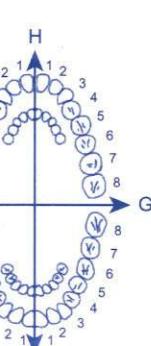
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				Coefficient des travaux												
				Montants des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	Coefficient des travaux
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
				Montants des soins												
				Date du devis												
				Date de l'exécution												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



SAMU

ال SAMU

Docteur :

Dr. FAROUK RAJOU
Expert Assermenté Auprès Des Tribunaux
Médecine Générale
30, C.A.M.U. Université Paris
30, Rue Faidi Khalifa Etg 2 Appt 15
Tél: 0522 56 59 -Gsm: 0661 30 30 61

Casablanca, le :

25/11/2020

Mr Noureddine
KHAILA

29.70

- Zidoximax 200 mg x pris 1x
sept/1. pendant 3j.

15.80 - Diflupred 1g

10px 3/1. pendant 13j.

Mc Calber
1000 mg x 10 comprimés
pendant 10j.

Dr. FAROUK RAJOU
Expert Assermenté Auprès Des Tribunaux
Médecine Générale
30, Rue Faidi Khalifa Etg 2 Appt 15
C.A.M.U. Université Paris
Tél: 0522 56 59 -Gsm: 0661 30 30 61

محلية شفيق
Pharmacie Chafik
Hay El Massoudi, Rue D'Azur
Bis Ain Diab Casablanca 20360
Casa/Anfa Tél: 0522 56 59 -Gsm: 0661 30 30 61

0522 98 98 98 - 0522 25 25 25

Résidence Soumaya, 5 rue Galien
Casablanca 20360, Fax : 0522 43 04 43

E-mail: samumaroc@gmail.com - E-mail: samumaroc2@gmail.com - site www.samu.ma



Si le caducé n'est pas argenté,
merci de signaler la fraude au SAMU

UT.AV. : 0 8 2 0 2 2

P.P.V.

7 9 7 0

LOT N° : 1 2 9 5 3 7 9

ZITHROMAX*aztreomycine
ZITHROMAX - POUDRE POUR S

09366030/4

- Comprimé de 500 mg, boîte de 3 comprimés
- Poudre pour sachet à 100 mg par voie orale, boîte de 3 sachets
- Poudre pour sachet à 200 mg par voie orale, boîte de 3 sachets
- Poudre pour sachet à 300 mg par voie orale, boîte de 3 sachets
- Poudre pour sachet à 400 mg par voie orale, boîte de 3 sachets
- Poudre pour suspension buvable 200 mg/5 ml, flacon de 15 ml, 1 cuillerée mesure est égale à 5 ml équivalent à 200 mg.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

- ZITHROMAX est un antibiotique de la classe des azalides, apparenté aux macrolides.
- ZITHROMAX est préconisé dans 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.

PRÉCAUTIONS 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.

POSOLOGIE :

Se conformer à la prescription médicale.

- Adultes et enfants de plus de 45 kg : 500 mg par jour, 1 comprimé de 500 mg en une prise par jour pendant 3 jours.
- Enfant de moins de 45 kg : 10 mg par kg et par jour pendant 3 jours.

MODE D'EMPLOI :

- ZITHROMAX comprimé, sachet ou suspension peuvent être pris pendant ou en dehors des repas.
- ZITHROMAX suspension
- Agiter le flacon contenant la poudre avant d'ajouter l'eau. Ajouter 9 ml d'eau froide et non gazeuse au contenu du flacon en utilisant le tube gradué inclus dans la boîte. Bien agiter jusqu'à ce que la poudre soit bien diluée.
- Après reconstitution, la suspension peut être conservée à température ambiante pendant 5 jours.
- Une seringue et une cuillère doseuse sont incluses dans la boîte pour mesurer la quantité de produit à donner à l'enfant selon son poids.

Poids de l'enfant	1 fois par jour pendant 3 jours	quantité du produit
jusqu'à 15 kg	10 mg/kg en utilisant la seringue graduée pour mesurer	selon le poids de l'enfant
de 16 à 25 kg	5 ml en utilisant la cuillère graduée pour mesurer	200 mg
de 26 à 35 kg	7,5 ml en utilisant la cuillère graduée pour mesurer	300 mg
de 36 à 45 kg	10 ml en utilisant la cuillère graduée pour mesurer	400 mg

- ZITHROMAX sachet

- Dissoudre le contenu du sachet dans un peu d'eau froide.

Poids de l'enfant	Age de l'enfant	1 fois par jour pendant 3 jours
jusqu'à 15 kg	< 3 ans	1 sachet de 100 mg
de 16 à 25 kg	de 3 à 7 ans	1 sachet de 200 mg
de 26 à 35 kg	de 8 à 11 ans	1 sachet de 300 mg
de 36 à 45 kg	de 12 à 14 ans	1 sachet de 400 mg

TABLEAU A

* Marque de Pfizer Inc, New-York - U.S.A. (sous licence Pliva)

LABORATOIRES PFIZER S.A. EL JADIDA - MAROC

ZITHROMAX 500 MG
Boîte de 03 comprimés

Lot 1281533

Date Fab: 10 / 2019 Date Exp: 08 / 2021

PPV : 78,70 DH

Doliprane®

1000 mg
PARACÉTAMOL

Veuillez lire attentivement cette notice car elle contient des informations importantes. Ce médicament est disponible sans ordonnance et vous permet donc de l'utiliser sans l'aide d'un médecin. Néanmoins, vous devez utiliser Doliprane avec précaution afin d'en obtenir le meilleur résultat. Gardez cette notice à portée de main. Si vous avez besoin de plus d'informations, demandez conseil à votre pharmacien. Si les symptômes s'aggravent ou persistent après la prise du médicament, consultez immédiatement votre médecin.

La substance active est : paracétamol 1000 mg pour un comprimé effervescent. Les autres ingrédients sont : acide citrique anhydre, mannitol, saccharine sodique, K90, bicarbonate de sodium, carbonate de sodium anhydre, leucine, arôme. Teneur en sodium : 408 mg par comprimé.

QU'EST-CE QUE DOLIPRANE 1000 mg, COMPRIMÉ EFFERVESCENT ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament contient du paracétamol.

Il est indiqué en cas de douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses.

Il peut également être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose.

Cette présentation est réservée à l'adulte (à partir de 15 ans) :

Lire attentivement la rubrique "Posologie".

Pour les enfants de moins de 15 ans, il existe d'autres présentations de paracétamol : demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE PRENDRE DOLIPRANE 1000 mg, COMPRIMÉ EFFERVESCENT.

Contre-indications

Ne pas prendre DOLIPRANE 1000 mg, comprimé effervescent dans les cas suivants :

- allergie connue au paracétamol,
- maladie grave du foie,
- enfants de moins de 15 ans.

PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE 1000 mg, COMPRIMÉ EFFERVESCENT

Précautions particulières

- Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours, ou en cas d'efficacité insuffisante ou de survenue de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin.
- En cas de régime sans sel ou pauvre en sel, tenir compte dans la ration journalière de la présence de sodium : 408 mg par comprimé.
- En cas de maladie grave du foie ou des reins, il est nécessaire de consulter votre médecin avant de prendre du paracétamol.

Mises en garde

En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une dose trop élevée, consultez immédiatement votre médecin.

Ce médicament contient du paracétamol. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée (cf. chapitre "Posologie").

Grossesse et allaitement

Le paracétamol, dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant la grossesse ainsi qu'en cas d'allaitement.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

P P V 1 5 0 8 0
P E R 0 9 2 3
L O T J 2 4 7 9

15180



LOT 199015
EXP 08/22
PPV 75PH00

بعناية قد تتناول هذا الدواء، إنها تضم معلومات هامة لعلاجك.
كان لديك شك، اطلب المزيد من المعلومات من الطبيب أو الصيدلي.

مساء، قد تحتاج إلى قرأتها جيداً.

إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المعلومات والمشورة، اتصل بالصيدلي.

إذا تفاقمت الأعراض أو استمرت بعد 7 أيام، راجع طيبك.

إذا لاحظت وجود تأثيرات غير مرغوب فيها غير مذكورة في هذه النشرة، أو إذا شعرت أحدي التأثيرات المذكورة خطيرة، يجب إخبار الطبيب أو الصيدلي.

1. مكونات الدواء:

المكونات النوعية والكمية من المادة الفعلة لكل جرعة واحدة:

أميروكسول كلور هيدرات: 120 ملء لكل كبسولة.

المكونات النوعية للسواغات:

سكروز، نشا النزرة، سماع لاك، بوفيدون، طالك.

مكونات الكبسولة: ثاني أكسيد النيتان، جيلاتين، القرمز النيلي.

سواغ معروف التاثير: سكروز.

2. الصنف الصيدلي العلاجي أو نوع النشاط:

حال للمريضين (الجهاز التنفسى).

3. الإرشادات العلاجية:

علاج اضطرابات إفراز الشعب الهوائية لدى البالغ، وأسماها خلال أمراض الشعب الهوائية الحادة والنبات الحادة من المرض الرئوي المزمن.

هذا الدواء طارد البلغم، يسهل إخراج الإفرازات القصبية عبر السعال.

4. الجرعات:

تناول هذا الدواء بالاحترام التام لمحتوى هذه النشرة أو بتتبع تعليمات الطبيب أو الصيدلي أو الممرضة. استفسر لدى الطبيب أو الصيدلي في حالة الشك.

طريقة وكيفية الاستعمال:

عن طريق الفم.

يجب عدم فتح أو مضغ الكبسولات، بل تناولها كاملة بكثير من المسائل.

وثيرة الاستعمال:

الجرعة الاعتيادية لدى البالغ هي 1 كبسولة مرة في اليوم.

الأشخاص الممنوعون:

ليس من الضروري تعديل الجرعات.

الأشخاص الممنوعون من قصور كلوي أو كبدى:

يجب استعمال الدواء بحيطة شديدة، ويترك فواصل زمنية أطول مدة بين الجرعات. في حالة قصور كلوي أو كبدى معتمد إلى حد، يجب تعديل الجرعات بترك فواصل زمنية أطول مدة أو حتى بخفض الجرعة.

مدة العلاج:

في حالة استقرار أو تفاقم الأعراض بعد 7 أيام من العلاج، استشر الطبيب.

5. موانع الاستعمال:

لا تتناول أبداً بروتكوليبير:

- إذا كانت لديك حساسية (فرط الحساسية) لكlor هيدرات أميروكسول أو لأحد المكونات الأخرى لهذا الدواء (المذكورة في الفقرة 1).

- إذا كنت تعاني من قرحة معدية اثنا عشرية.

استعمال بروتكوليبير 120 ملء، كبسولة خاص بالبالغ (ما فوق 18 سنة).

6. التأثيرات غير المرغوب فيها:

كمثل كافة الأدوية، قد يكون دواء بروتكوليبير تأثيرات غير مرغوب فيها، رغم أنها لا تخص جميع الأشخاص.

بروتوكوليبير يتحمل بروتكوليبير جيداً.

نادرة، ملطف جلدي، شرى (ملطف يسبب في حكة شعور بالحرق)، تشنج قصبي (تشنج قصبي في البطن، جفاف الفم).

غير معروفة: تفاعلات تلقائية في حكة شعور بالحرق (حساسية)، بما فيها صدمة تلقائية، ونممة وعائية (انفاس الوجه والمسالك التنفسية).

أمراض الجهاز العصبي:

إذا لاحظت تأثيرات غير مرغوب فيها لم تذكر في هذه النشرة، أو إذا أصبحت بعض التأثيرات غير المرغوب

فيها خطراً، اخبر الطبيب أو الصيدلي أو الممرض بذلك.

7. تحذيرات خاصة واحتياطات الاستعمال:

أخبر الطبيب أو الصيدلي قبل استعمال بروتكوليبير.

تم الإبلاغ عن حالات نادرة من الإصبات الجلدية الحادة، مثل متلازمة ستيفنس - جونسون و الحالات

البشرة التixerى السمى، المرتبطة مؤقاً باستعمال بروتكوليبير.

معظم تلك الحالات ناجم عن مرض باطيلى وأو التفاعل مع الأدوية الطاردة للبلغم مثل كلور هيدرات أميروكسول.

إضافة إلى ذلك، خلال المرحلة الأولى لمتلازمة ستيفنس - جونسون أو انحلال البشرة التixerى السمى، قد تؤدي هذه الأعراض التي تشبه الأنفلونزا إلى بداية علاج عرضي بلووية مضادة للسعال والزكام.

يعانى المريض من اعراض تشبه الأنفلونزا غير محددة مثل حمى، تصلب العضلات، التهاب الأنف، سعال

والمحنجة.