

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

Radiologie 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 canalaire, 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 canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La 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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



18366

Déclaration de Maladie

M23- N° 0031170

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4680 Société : R.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite
Nom & Prénom : SKALLI HOUSSEINI MOHAMED
Date de naissance : 18-07-1950
Adresse : 4, Rue ORANI Résidence ALIDA 2^e Etage
Quartier GAUTHIER OASA
Tél. : 06 66 11 08 09 Total des frais engagés : 34,00 Dhs

PR4FR05/V2/20-10-2023

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 :
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : OASA Le : 21/11/2023
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 /2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/11/23	3400

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

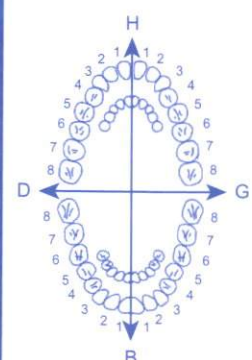
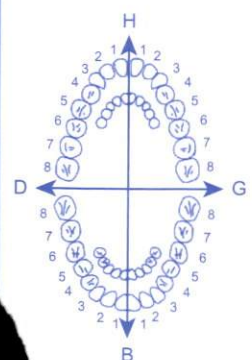
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Pharmacie NARJIS
SKALLI ZAKIA
FACTURE


Page 1

N° FACTURE :588916

Date : 16/11/2023

Client :

KALLI MOHAMED

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
APAZIDE 200MG GELULES	1	19.70	19.70
RHINOFEBRAL B/20 GELULES	1	14.30	14.30
			

Total TTC = 34.00

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : TRENTE-QUATRE DIRHAMS

Bon rétablissement

patente 35803244

CNSS 1129908

identifiant fiscal 40900380

APALIDE

Nifuroxazide

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

Conservez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

Informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ne donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif,

car il pourrait avoir un effet indésirable non mentionné dans cette notice.

PRV 19 DH 70
PER 09/26
LOT M2875

19/26

Diagnostiquez l'absence de suspicion de phénomènes invasifs (altération de l'état général, fièvre, signes toxiques...).

Le traitement ne dispense pas de mesures diététiques et d'une réhydratation si elle est nécessaire.

L'importance de la réhydratation par soluté de réhydratation orale ou par voie intraveineuse doit être adaptée en fonction de l'intensité de la diarrhée, de l'âge et des particularités du patient (maladies associées,...)

POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI :

Voie orale. Avalez les gélules à l'aide d'un verre d'eau.

Réservé à L'adulte et à l'enfant à partir de 10 ans.

Adultes : 4 gélules (800mg) par jour en 2 à 4 prises.

Enfant à partir de 10 ans : 3 à 4 gélules (600 à 800 mg) par jour en 2 à 4 prises.

La durée du traitement est limitée à 7 jours.

CONTRE-INDICATIONS :

- Si vous êtes allergique au nifuroxazide, aux dérivés du nitrofurane ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament.
- Chez l'enfant de moins de 10 ans.

MISES EN GARDES ET PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Ne laissez pas ce médicament à la portée des enfants.

Vous devez consulter rapidement votre médecin dans les cas suivants :

- En l'absence d'amélioration au bout de 2 jours de traitement, en cas d'apparition de fièvre, de vomissement.
- En cas de diarrhée supérieure à 6 selles liquides par jour ou qui dure plus de 24 heures ou qui s'accompagne d'une perte de poids, en cas de présence de sang ou de glaire dans les selles.
- En cas de soif intense, de sensation de langue sèche.

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Devant une diarrhée chez l'enfant, il convient d'envisager l'éventualité d'un déficit congénital en saccharase, avant de prescrire un médicament contenant du saccharose.

Ce traitement est un complément des règles diététiques :

- Se réhydrater par les boissons abondantes, afin de compenser les pertes de liquide dues à la diarrhée.
- S'alimenter le temps de la diarrhée : en excluant les crudités, les fruits, les légumes verts, les plats épicés, ainsi que les aliments ou boissons glacés, en privilégiant les viandes grillées, le riz.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT :

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre ce médicament.

EFFETS INDESIRABLES :

Si l'un des effets suivants survient, arrêtez le médicament et consultez immédiatement votre médecin : Atteintes de la peau : éruptions, eczéma, pustulose exanthématique aiguë généralisée, photosensibilité.

Manifestations allergiques : possibilité de réactions allergiques à type d'éruption cutanée, d'urticaire, ou de manifestations graves et immédiates pouvant mettre en jeu le pronostic vital, d'angioedème, ou de choc anaphylactique.

Manifestations hématologiques : thrombopénie, anémie hémolytique, agranulocytose.

Autres atteintes : élévation des enzymes du foie, chromaturie.

Tableau A (liste I)

b

bottu s.a

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

101004
Imp. Ajdir 12/21

RHINOFEBRAL

Gélule, boîte de 20

Paracétamol/ Maléate de chlorphénamine/Acide ascorbique

- Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour votre santé.

796 838 991

LOT : 231324
EXP : 09/2026
PPV : 14,30DH

UTAV : : LOT N° : (H/D) PpV

Indications thérapeutiques :
ANTIPYRETIQUE / ANTIHISTAMINIQUE
ANTIPYRETIQUE / ANTIHISTAMINIQUE INHIBITEUR DES RECEPTEURS H1 - N (Système nerveux central) / R (Système respiratoire)

Ce médicament contient du paracétamol, un antihistaminique, la chlorphénamine et de la vitamine C. Il est indiqué pour le traitement symptomatique de l'écoulement nasal lors d'un rhume avec maux de tête et/ou fièvre chez l'adulte et l'enfant de plus de 12 ans.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE RHINOFEBRAL gélule?

Ne prenez jamais RHINOFEBRAL gélule :

- Si vous êtes allergique (hypersensible) au paracétamol, au maléate de chlorphénamine, à l'acide ascorbique ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique : Informations supplémentaires

- En cas de maladies associées à la rétention de fer, telles que l'hémochromatose, la thalassémie et l'anémie sidéroblastique,

- En cas d'insuffisance rénale sévère ou hémodialyse,

- Si vous avez une maladie grave du foie,

- Si vous avez une difficulté pour uriner d'origine prostatique ou autre,

- Si vous avez un glaucome.

Ce médicament ne doit GÉNÉRALEMENT PAS ÊTRE UTILISÉ pendant l'allaitement.

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

Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre RHINOFEBRAL gélule.

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

La prise concomitante de ce médicament en association avec l'alcool ou tous les médicaments contenant de l'alcool est déconseillée (voir RHINOFEBRAL gélule avec de l'alcool).

Ce médicament contient du paracétamol, du maléate de chlorphénamine, et de la vitamine C. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser les doses maximales conseillées (voir Posologie).

En cas de survenue d'écoulement nasal purulent comme en cas d'aggravation ou en l'absence d'amélioration de votre état au bout de 5 jours de traitement (persistance de la fièvre...), CONSULTEZ UN MÉDECIN.

Il existe des médicaments plus adaptés pour les enfants de moins de 12 ans. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

Si vous ou votre enfant avez une maladie héréditaire rare appelée « déficit en glucose-6-phosphate-déshydrogénase », demandez l'avis de votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre ce médicament.

Si vous souffrez d'une maladie du foie, consultez un médecin avant de prendre ce médicament. Des réactions cutanées graves ont été signalées très rarement chez des patients recevant du paracétamol. Par conséquent, arrêtez d'utiliser RHINOFEBRAL gélule et contactez immédiatement votre médecin dès l'apparition d'une éruption cutanée ou tout autre signe d'hypersensibilité (tels que de la fièvre, des rougeurs ou de nombreuses petites pustules).

Demandez à un médecin avant utilisation en cas d'antécédents de calculs rénaux. L'acide ascorbique ne doit pas être administré à des doses supérieures à 1 gramme (1000 mg) aux patients atteints de

hypertension (augmentation de la pression de l'œil), si vous avez du mal à uriner

d'origine prostatique, consultez un médecin avant. Si vous souffrez d'une affection respiratoire chronique, un asthme bronchique ou lorsque vous consultez un médecin avant d'utiliser ce médicament. Demandez à votre médecin ou pharmacien avant de prendre ce médicament si vous êtes un déprimeur du système nerveux central, y compris le système nerveux central, y compris le système nerveux central, y compris le système nerveux central. En cas de persistance de fièvre ou de douleur et/ou de troubles de la vision, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

Des précautions sont nécessaires chez les personnes prédisposées aux constipations chroniques, aux maladies du foie ou des reins, à la grossesse, à l'allaitement.

Ce médicament peut entraîner une somnolence. Il ne doit pas être utilisé pour commencer le traitement.

- Et d'éviter les médicaments contenant de l'alcool.

Si les symptômes persistent ou s'aggravent, ou si vous devez arrêter de prendre ce médicament et consultez votre médecin.

EN CAS DE DOUTE N'HESITEZ PAS A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN.

Enfants

Sans objet.

Prises d'autres médicaments et RHINOFEBRAL

Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez d'autres médicaments.

Afin d'éviter les effets néfastes d'un surdosage, ne prenez pas de médicaments contenant des anti-allergiques ou des anti-inflammatoires.

HESITEZ A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN.

Ceci est particulièrement important si vous prenez des morphiniques (médicaments utilisés pour traiter la douleur).

La prise de ce médicament doit être évitée avec l'alcool. Le médicament immunosuppresseur utilisé pour diriger le système immunitaire.

Si vous prenez des médicaments contenant de l'alcool, signalez que vous prenez ce médicament si vous avez une maladie du foie ou de sucre dans le sang.

RHINOFEBRAL gélule avec de l'alcool

Ce médicament DOIT ÊTRE EVITE en association avec l'alcool.

Les patients alcooliques chroniques doivent éviter de prendre ce médicament ou d'autres analgésiques ou antipyrétiques.

Grossesse

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous demandez conseil à votre médecin ou pharmacien avant de prendre ce médicament.

Du fait de la présence de maléate de chlorphénamine pendant la grossesse sauf avis contraire.

Allaitement

Ce médicament passe dans le lait maternel. Ne donnez pas de RHINOFEBRAL en cas d'allaitement.

Conduite de véhicules et utilisation de machines

L'attention est appelée, notamment chez les conducteurs, sur les possibilités de somnolence attachées à l'usage de ce médicament.

Ce phénomène est accentué par la prise de boissons alcoolisées.

Ce médicament est à utiliser avec prudence en cas de conduite de véhicules ou d'utilisation de machines.

3. COMMENT PRENDRE RHINOFEBRAL gélule

Veuillez à toujours prendre ce médicament en suivant les indications de votre médecin ou pharmacien. Vérifiez la date d'expiration.

Ce médicament est réservé À L'ADULTE ET À L'ENFANT.

Posologie

La dose recommandée est de 1 gélule par prise, sans dépasser 5 gélules par jour.

Mode et voie d'administration

VOIE ORALE.

Les gélules sont à avaler telles quelles avec un verre d'eau.

Fréquence d'administration

Les prises de ce médicament doivent être espacées d'au moins 4 heures.

En cas de maladie grave des reins (insuffisance rénale), la prise doit être limitée à 1 gélule par jour.

Compte tenu de l'effet sédatif de ce médicament, ne conduisez pas de véhicules ou n'utilisez pas de machines.

Durée du traitement