

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



Déclaration de Maladie

M23- N° 0043178

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12576 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 901535
Nom & Prénom : SIMMON Adel
Date de naissance : 01/09/1986
Adresse : Cite Wahda, 232, Alia, Mohammédia
Tél. : 06.67.768010 Total des frais engagés : 428,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur Dr. ISMAIL BOUZZATE
RUE DE LA CONSCIENCE ISMAIL
Appel : 05 22 28 28 47
Date de consultation : 13/01/2024
Nom et prénom du malade : SIMMON LYNA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Bactérielle avec virus
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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
13.01.21		11	2200	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	13.01.24		128,90

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 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 canaux, 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> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td></td></tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Fatima BOUZZITE

PEDIATRE

Diplômée

Ancien Chef Service de Pédiatrie

à l'hôpital Med V

Mohammedia le :

الدكتورة فاطمة بوزيت

طبيبة اختصاصية

في أمراض الطفل و الرضعة

رئيسة قسم الأطفال بمستشفى

محمد الخامس سابقا

PHARMACIE DE LA PLAGE
RUE DE FES - MOHAMMEDIA
Tél : 05 23 32 47 80

13.01.2024

SIMHO 178,00
LYNA

76,80

les médicaments pour le nour

les médicaments pour le nour

30,10

les médicaments pour le nour

les médicaments pour le nour

30,00

les médicaments pour le nour

les médicaments pour le nour

42,00

les médicaments pour le nour

les médicaments pour le nour

PHARMACIE DE LA PLAGE
RUE DE FES - MOHAMMEDIA
Tél : 05 23 32 47 80

Docteur Fatima BOUZZITE
PEDIATRE
Rue de Safi, Résidence ISMAIL
Appt 17, 4ème Etage - Mohammedia
Tél : 05 23 28 28 47
fatimabouzzite@hotmail.fr

زنتة أسفي إقامة إسماعيل، شقة رقم 17، الطابق الرابع - المحمدية

Rue de Safi, Résidence ISMAIL, Appt 17, 4ème Etage - Mohammedia

☎ 05 23 28 28 47 ☎ 06 59 15 00 85 ✉ fatimabouzzite@hotmail.fr

re ce médicament car elle

ou votre pharmacien.
vous ou à votre enfant. Ne le
if, même si les signes de leur
e à votre médecin ou votre
e qui ne serait pas mentionné

Clamoxyl?

UTILISE?

illine. Celui-ci ap

des bactéries d

es médicaments

IT DE PRENDRE

à l'un des au
je 6.

ibiotique. Ceci

ne.

ne mentionn

pharmacien

re CLAMOXYL

erge, ganglio

a pharmaci

yses de s

riifier que

CLAMOXYL

ez récemment

e la goutte) avec CL

e la goutte), votre médecin peut

coagulation du sang (tels que la

ses sanguines supplémentaires.

(cyclines) CLAMOXYL peut être

le cancer et du psoriasis sévère)

désirables.

être enceinte ou planifiez une

macien avant de prendre ce

du sodium et du benzoate de

eut être nocive pour les patients

tre médecin vous a informé que

ctez-le avant de prendre ce

ce médicament peut provoquer

ut accroître le risque de jaunisse

- CLAMOXYL 250 mg/5 ml contient 1,3 mg (0,06 mmol) de sodium par ml. Ceci est à prendre en compte chez les patients contrôlant leur apport alimentaire en sodium.
- CLAMOXYL 500 mg/5 ml contient 1,6 mg (0,07 mmol) de sodium par ml, après reconstitution. Ceci est à prendre en compte chez les patients suivant un régime hyposodé strict.

3. COMMENT PRENDRE CLAMOXYL ?

Veillez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les indications de votre médecin ou pharmacien. Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de doute.

- Agitez bien le flacon avant chaque utilisation et utilisez la cuillère-mesure fournie avec le flacon.
- Répartissez les prises de manière régulière au cours de la journée ; elles doivent être espacées d'au moins 4 heures.

Posologie habituelle :

Enfants pesant moins de 40 kg :

Toutes les posologies sont déterminées en fonction du poids de l'enfant en kilogrammes.

- Votre médecin vous indiquera la quantité de CLAMOXYL que vous devez administrer à votre bébé ou votre enfant.
- La posologie habituelle est de 40 mg à 90 mg par kilogramme de poids corporel et par jour, à administrer en deux ou trois prises.

La dose maximale recommandée est de 100 mg par kilogramme de poids corporel et

CLAMOXYL
250 mg/5 ml
poudre suspension buvable, 60ml



enfants pesant plus de

uée par rapport à la

otre médecin vous l'a
ont importantes pour
elles pourraient être à

ersistent, consultez de

es du corps qui peuvent
euvent se développer si
cas, informez-en votre

ecin pourra réaliser des
t votre sang fonctionnent

naux de ventre (nausées,
s urines rendant celles-ci

ant pour le montrer à votre

us y pensez.
heures avant de prendre la

ous avez oublié de prendre
médicament, demandez plus

er des effets indésirables, mais ils

immédiatement un médecin si vous

présentez l'un des effets indésirables mentionnés ci-dessous, car vous pourriez avoir besoin d'un traitement médical d'urgence.

Les effets indésirables suivants sont très rares (pouvant affecter jusqu'à 1 personne sur 10 000) :

- Réactions allergiques ; les signes peuvent inclure : démangeaisons ou éruptions cutanées, gonflement du visage, des lèvres, de la langue, du corps ou difficultés à respirer. Ces réactions peuvent être graves et parfois fatales
- Éruptions cutanées ou taches rouges en forme de tête d'épingle sous la peau, ecchymoses. Ceci est causé par l'inflammation de la paroi des vaisseaux sanguins en raison d'une réaction allergique. Ces symptômes peuvent s'accompagner de douleurs articulaires (arthrite) et de problèmes rénaux
- Une réaction allergique retardée peut survenir habituellement 7 à 12 jours après la prise de CLAMOXYL ; les signes incluent : éruption cutanée, fièvre, douleurs articulaires et gonflement des ganglions lymphatiques, en particulier au niveau des aisselles
- Réaction cutanée connue sous le nom d'érythème polymorphe, se manifestant par les symptômes suivants : plaques rougeâtres ou violacées sur la peau avec des démangeaisons, en particulier sur la paume des mains et la plante des pieds, lésions concentriques en relief sur la peau, sensibilité au niveau de la bouche, des yeux et de la muqueuse génitale. Cette réaction peut entraîner de la fièvre et une grande fatigue

BETASTENE 2 mg, comprimé dispersible

BETASTENE 0,05 %, solution buvable

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament. Elle contient des informations importantes pour votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, demandez plus d'informations à votre médecin.
Gardez cette notice, vous pourriez en avoir besoin.
Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez votre médecin.

PRESENTATIONS

BETASTENE 2 mg comprimé dispersible
BETASTENE 0,05 % solution buvable

COMPOSITION

Substance active : Bétaméthasone
BETASTENE 2 mg comprimé dispersible
BETASTENE 0,05 % solution buvable

Excipients :

BETASTENE 2 mg comprimé dispersible
BETASTENE 0,05 % solution buvable

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Glucocorticoïde - usage systémique

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ce médicament est un corticoïde. Il est indiqué dans certaines maladies, où il est utilisé pour son effet anti-inflammatoire.

CONTRE-INDICATIONS

N'utilisez jamais Bétastène dans les cas suivants :

- la plupart des infections,
- certaines maladies virales en évolution (hépatites virales, herpès, varicelle, zona),
- certaines troubles mentaux non traités,
- vaccination par des vaccins vivants,
- allergie à l'un des constituants,
- phénylcétonurie (maladie héréditaire dépistée à la naissance), en raison de la présence d'aspartam dans la forme comprimé.

MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI

Ce médicament doit être pris sous stricte surveillance médicale.
L'utilisation de ce médicament est déconseillée chez les patients

présentant une intolérance au galactose, un déficit en lactase de Lapp ou un syndrome de malabsorption du glucose ou du galactose (maladies héréditaires rares).

Avant le traitement :

Prévenir votre médecin en cas de vaccination récente, en cas d'ulcère digestif, de maladies du colon, d'intervention chirurgicale récente au niveau du système digestif.

Respecter les doses prescrites
إحترم المقادير المعينة

AMM : 213 DMP/21/NNP

Bétastène 0,05 %, solution buvable, flacon de 30ml



قارورة من فئة 30 مل
محلول للشرب
عن طريق الفم

LOT: 4274
PER : 05 - 25
P.P.V: 30 DH 00

troubles du rythme cardiaque (astérisole, bépidil, érythromycine en injection intraveineuse, halofantrine, pentamidine, sparfloxacine, sultopride, terféadine, vincamine).

INTERACTIONS AVEC LES ALIMENTS ET LES BOISSONS

Sans objet.

INTERACTIONS AVEC LES PRODUITS DE PHYTOTHERAPIE OU THERAPIES ALTERNATIVES

Sans objet.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Grossesse

Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse qu'en cas de nécessité. Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité de poursuivre ce traitement.

Allaitement

L'allaitement est à éviter pendant le traitement en raison du

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

Ventoline 100 microgrammes suspension pour inhalation en flacon

SALBUTAMOL



Ventoline 100 mcg
Aérosol, 200 doses.

PPV : 42,20 DH
LOT : NE3D
PER : 01/2025

ID:652465

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament
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, qu'il soit mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Voir rubrique "Effets indésirables".

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que VENTOLINE 100 microgrammes/dose, suspension pour inhalation ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser VENTOLINE 100 microgrammes/dose, suspension pour inhalation en flacon ?
3. Comment utiliser VENTOLINE 100 microgrammes/dose, suspension pour inhalation en flacon ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver VENTOLINE 100 microgrammes/dose, suspension pour inhalation en flacon ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

OU'EST-CE QUE VENTOLINE 100 microgrammes/dose, suspension pour inhalation en flacon ?