

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.

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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

N° W19-598852

Par courrier

7/10/99

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

2563

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Retraité

Nom & Prénom :

AHMED CHENNOUNI

Date de naissance :

30-06-1946

Adresse :

La même adresse

Tél. :

0611717109

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور محمد تدرارات

طبيب انجام - طفريت تلمسان - مولاي

نوع مراجعة الطبيب

Date de consultation :

26-03-2021

Nom et prénom du malade :

Madame CHENNOUNI

Age : 68 ans

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-598852

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AZELÉE 71110 SAINT-ETIENNE-DE-SAINT-GERMAIN Tél: 03 85 24 11 11	26/03/21	263,00 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* 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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE				<input type="text"/>
	$ \begin{array}{c cc} H & 25533412 & 21433552 \\ & 00000000 & 00000000 \\ \hline D & 00000000 & 00000000 \\ & 35533411 & 11433553 \\ \hline B & & \end{array} $				<input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				<input type="text"/>
				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

الدكتور محمد تدرارات DR TADDRARATE MOHAMED *

مÉDECINE GÉNÉRALE EXPERT ASSERMENTÉ AUPRÈS DES TRIBUNAUX

الطب العام - خبير مكلف لدى محكمة الاستئناف باسفي

رقم 1 ، شارع المقاومة ٢ : ٥٢٤٤٧٥٩٥٤

الصورة * * * * * ESSAOUIRA * * * * *



LOT: 17320002
PER: 07/2023
PPU: 43,90 DH

INPE : 071131544

ICE : 00181915700069

- * - ORDONNANCE - * -



Le 26/03/2021

43,90 IBermox 15 mg

lalla aicha elidrissi americaine
Nom : zerhouni

Mme chennouni Lalla Aicha

1cp soir apr R

69,00 Myobil cp 1gel midi soir au c du R

Cétamyl 1500mg 1000 500 mg 2sach matin

14,30 Cedol

1cp qu coucher

22,00

1supp soir 02 btes

Feldène 20

56,90 * 2 = 113,80
Pharmacie AZLEF
Dr Taddarat BADI
7111250 430289
Tel: 05 24 47 42 32
1 Avenue Almokaouama Essaouira ***
E-mail: taddrarat@menara.ma

1 Avenue Almokaouama Essaouira *** E-mail: taddrarat@menara.ma

Horaire: 9H - 12H30 et 15H-18H SAMEDI: 9H-12H

22,00

CETAMYLParacétamol 500 mg
boîte de 10 sachets

P.P.V. : 14,30 DH



6 118000 190257

aleur

ايزشادا

emploi :

مختبرات

sa - Maroc

AMM N° : 429/17DMP/21/NRQ

CETAMYL® 500 mg**Paracétamol****Formes orales**

primés sécables boîte de 20

més effervescents boîte de 16

suspension buvable en sachets boîte de 12

vant de prendre ce médicament car elle contient des

ent en suivant scrupuleusement les informations fournies
otre pharmacien.

soin de la relire.

ut conseil ou information.

ss, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien si vous

né dans cette notice.

si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous

fièvre ou 5 jours en cas de douleurs.

Que contient cette notice :

- QU'EST-CE QUE CETAMYL® 500 mg, ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?**
- QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE CETAMYL® 500 mg ?**
- COMMENT PRENDRE CETAMYL® 500 mg ?**
- QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES EVENTUELS ?**
- COMMENT CONSERVER CETAMYL® 500 mg ?**
- INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES.**

1. Qu'est ce que CETAMYL® 500 mg et dans quel cas est-il utilisé ?

CETAMYL 500mg® à base de paracétamol est un antalgique (calme la douleur) et un antipyrrétique (fait baisser la fièvre).

CETAMYL 500mg® n'exerce aucune action agressive au niveau de la muqueuse gastrique et peut être utilisé chez les ulcérœux.

CETAMYL 500mg® est indiqué dans le traitement symptomatique des douleurs d'intensité légère à modérée et/ou des états fébriles.

2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre CETAMYL 500mg® ?

Liste des informations nécessaires avant la prise du médicament :

Ne prenez jamais CETAMYL 500mg® en cas de :

- Allergie au paracétamol ou à l'un des autres composants.

- Insuffisance hépatocellulaire ou maladie grave du foie.

Faites attention, CETAMYL 500mg® comprimés est contre indiqué chez l'enfant de moins de 6 ans, en raison du risque de fausse-route.

En raison de la présence d'aspartam, CETAMYL 500mg® sachets est contre-indiqué en cas de phénylcétonurie.

Pour éviter un risque de surdosage :

- Vérifier l'absence de paracétamol dans la composition d'autres médicaments en cas de traitement simultané.

- Respecter les doses maximales recommandées.

Doses maximales recommandées :

- Enfants de moins de 40 kg : la dose totale de paracétamol ne doit pas dépasser 80 mg/kg/j ;

- Enfants de 41 kg à 50 kg : la dose totale de paracétamol ne doit pas excéder 3 g/j ;

- Adultes et enfants de plus de 50 kg : la dose totale maximale de paracétamol ne doit pas excéder 4 g/j. Chez un enfant traité par 60 mg/kg/jour de paracétamol, l'association d'un autre antipyrrétique n'est justifiée qu'en cas d'inefficacité.

- En cas de découverte d'une hépatite virale aiguë, il convient d'arrêter le traitement.

- La poudre orale en sachet contient du saccharose. Son utilisation est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au fructose, un syndrome de malabsorption du glucose et du galactose, ou un déficit en sucrase/isomaltase (maladie héréditaire rare).

- Comprimé effervescent et sachet : tenir compte de la teneur en sodium chez les patients suivant un régime hyposodé strict.

- Le comprimé 500 mg contient du lactose. Son utilisation est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au galactose, ou un syndrome de malabsorption du glucose ou du galactose (maladies héréditaires rares).

- En cas d'insuffisance hépatocellulaire légère, d'alcoolisme ou de déshydratation et chez l'adulte de moins de 50 kg, la dose journalière ne devra pas dépasser 3 g.

- Cetamyl 500mg® comprimés effervescents contient du mannitol, peut provoquer des troubles digestifs, sel, strict.

En cas d'insuffisance rénale, il convient d'arrêter le traitement.

فلد

(البيروكسيك)

الفلدين عبارة

أكسيد - 1، 2

التعليمات العلاجية

قبل وصف

الاصابة والا

دورية مع

يستخدم في

- اعراض م

- التهاب الفم

مثل تورم،

لا يعالج الـ

ان يصف ا

الاخري المضادة للالتهابات غير سميرود

نواهي الاستعمال :

- الحساسية المحققة بالفلدين والمواد ذات الفعل المشابه وحامض أسيتييل صمالسيليك.

- قرح المعدة والعنقجية المتطورة .

- حالة الحمل .

- الأطفال دون 15 سنة .

احتياطات :

- في حالة سوabic حضمية (قرحة، فتق متكرر ...)

- في حالة تناول لدواء آخر في نفس الوقت (الأسبرين ، مانع للتجليط)

- في حالة الحمل أو الرضاع .

يجب إعلام الطبيب المعالج .

تحذير :

في حالة ظهور تثبير جلدي يجب توقيف العلاج والرجوع إلى الطبيب المعالج .

المقادير للكبار - طريقة الاستعمال :

يجب الامتنال الصارم للوصفة الطبية .

يكون المقدار العادي 20 مغ في اليوم إلا إذا رأى الطبيب خلافاً لذلك تتناول نفعنة واحدة

في شكل محلولات هلامية أو قوييلات، يعني :

- محلولان هلاميين إثنين (2) من 10 مغ خلال وجبة الطعام .

أو

- قوييل واحد (1) من 20 مغ يؤخذ في المساء أحسن .

التقديم :

محلولات هلامية فلدين من 10 مغ .

علبة تحتوي على 20 محلول هلامي بعيار 10 مغ من بيروكسيكام .

محلولات هلامية فلدين من 20 مغ

علبة تحتوي على 15 محلول هلامي بعيار 20 مغ من بيروكسيكام .

قويلات فلدين 20 مغ .

علبة تحتوي على 10 قوييلات بعيار 20 مغ من بيروكسيكام .

٢ علامة مسجلة لشركة فايزر إنك

09 62 6024/3

صنع مختبرات فايزر ش.م.

الجديدة

مختبرات فايزر ش.م.

طريق الوادية - الجديده (١)

