

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 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 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-621376

85173
Autres



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 1512	Société : RAM.	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : LAKHOUTI MOHAMED.		
Date de naissance : 1939		
Adresse : Taxis à l'UGER Rue 12 lot 27 n° 8 Boumoune Essaouira.		
Tél. : 0661 422002	Total des frais engagés : 627,10 Dhs	

Autorisation Clinique ALD et ALC

Cachet du médecin :		
Date de consultation :	LAKHOUTI SAADIA Age: 1960	
Nom et prénom du malade :		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	Docteur Imad TAZI MZAALIK Anesthésiste-Réanimateur	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	Clinique Sidi Othman	
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. Tel: 05 22 59 75 75 - Fax: 05 22 59 76 76		

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 : Casablanca

Le : 21/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :

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
27/10/2018	Chirurgie		500,00 DA	INP : 081244608. Docteur Imad TAZI MZALEK Anesthésiste-Réanimateur Clinique Sidi Othman Tél : 0522 50 75 75 - Fax : 0522 50 76 70

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE ESSENIA Omar BENNANI 1, Rue 108 Hay Essalamia Casablanca-Tél: 0522 371 966	27/06/2021	127,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

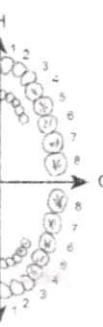
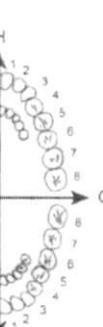
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
				FIN D'EXECUTION [REDACTED]
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
	H	25533412 21433552 00000000 00000000	G	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
	D	00000000 00000000 35533411 11433553	B	DATE DU DEVIS [REDACTED]
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession		DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]



Casablanca, le 27 - 06 - 2022

دار البيضاء، في
Dr. Imad TAZI MZAALEK
Anesthésiste-Réanimateur

Clinique Sidi Othman
Tél.: 05 22 59 75 75 - Fax : 05 22 59 76 76

عن طريق الفم

27/2

Rue Souissi LA khsetri

1) Spofor q

~~200x3/jr x 2t = 02jrs~~

ps

~~1030 1x3/jr x 2t = 03jrs~~

2)- Poliphene 80mg q

~~4600kpx 37/jr~~

~~= 0.912 day per x ou 0.814 per 120mg~~

~~3200 kpx 80mg x 2t = 4t~~

4)- Eucarbou q

~~16px 41/jr x 2t = 2jrs~~

5)- wofoline sup 500mg :

~~16px 3 lir x 2t = 03jrs~~

TPT

127,10

UNITED
Inde

LC
ca

PPV: 46DH00

PPV: 10DH30
PER: 02/24
LOT: K330



Lot: 3910 A
09.2025
EXP: 32.00 DHS
PPV: 32,00

Dr. Imad TAZI MZAALEK
Anesthésiste-Réanimateur
Clinique Sidi Othman
Tél.: 05 22 59 75 75 - Fax : 05 22 59 76 76

Spasfon® 80 mg

Philoroglucinol/triméthylphiloroglucinol

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

*Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

*Si vous avez toute autre question, 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, cela pourrait lui être nocif.

*Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

INTERACTIONS AV

Si vous prenez ou médicamentez, y compris ordonnance, parlez au cours de la grossesse ou de l'allaitement avec votre pharmacien.

GROSSESSE ET A

L'utilisation de ce médicament au cours de la grossesse ou de l'allaitement est déconseillée. L'administration de Spasfon® est déconseillée chez la femme qui est enceinte ou allaitant. Demandez conseil à votre pharmacien avant d'en prendre.

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION:

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

Spasfon® est un traitement symptomatique. La durée du traitement est variable en fonction de l'indication.

Si les symptômes persistent, consultez votre médecin. Posologie

Chez l'adulte :

Prendre 2 comprimés par prise, trois fois par jour, en respectant un intervalle minimum de 2 heures entre chaque prise sans dépasser 6 comprimés par 24 heures.

Les comprimés pourront prendre le relais d'un traitement d'attaque sous forme injectable, à la posologie maximale de 6 comprimés par 24 heures.

Utilisation chez les enfants

Cette présentation n'est pas adaptée aux enfants de moins de 6 ans.

Chez l'enfant de plus de 6 ans : 1 comprimé par prise.

FORME ET PRÉSENTATION :

Comprimé entrobé Boîte de 30

CLASSE PHARMACOTHERAPIQUE :

ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE

(A : appareil digestif et métabolisme)

27,50



VOGALENE® 5 mg

Suppositoires, Boîte de 10

Métopimazine

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire. Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'information 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, cela pourrait lui être nocif. Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

1- COMPOSITION DU MÉDICAMENT

Principe actif:

Métopimazine

Excipients:

Glycérides hémisynthétiques solides

Pour un suppositoire de 2 g

Excipients à effet notable:

Sans objet.

2- CLASSE D'ACTIVITE

Ce médicament est un antémétique et antinauséeux.

3- INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Ce médicament est indiqué dans le traitement symptomatique des nausées et des vomissements.

4- POSSOLOGIE

La posologie est à adapter en fonction de l'horaire et de l'intensité des troubles avec la possibilité de renouveler l'administration jusqu'à trois fois par jour. Cesser le traitement dès disparition des symptômes.

La durée recommandée du traitement est de 5 jours maximum.

* Adultes et enfants de plus de 12 ans :

La dose maximale recommandée est 15 à 30 mg / jour.

* Enfants (de 6 à 12 ans) :

La dose maximale recommandée est 7,5 à 15 mg / jour, répartie en 3 prises; pour obtenir une posologie inférieure à 15mg par jour, utiliser la forme « VOGALENE® 0,4% Gouttes », pour plus de précisions, se référer à la posologie et au mode d'administration de cette forme.

* Enfants (de moins de 6 ans) :

La dose maximale recommandée est 1 mg/kg/jour, répartie en 3 prises; utiliser la forme « VOGALENE® Suppositoires 0,4% ». Gouttes », pour plus de précisions, se référer à la posologie et au mode d'administration de cette forme.

Mode d'administration

Voie rectale.

5- CONTRE-INDICATIONS

N'utilisez jamais VOGALENE® 5 mg, suppositoire dans les cas suivants:

• Glaucome,

• Troubles uréto-prostatiques,

• Hypersensibilité à la métopimazine ou à l'un des excipients du produit.

• Si votre ECG (électrocardiogramme) montre un problème cardiaque appelé allongement de l'intervalle QT.

EN CAS DE DOUBTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

6- EFFETS INDÉSIRABLES

Comme tous les médicaments, VOGALENE® 5 mg, suppositoires est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet:

• Somnolence.

• Des contractures musculaires, pouvant entraîner des difficultés de parole, ...)

(allergie, Malaises, Constipation, Troubles Rétiniens, Impuissance, Arrêt de l'activité sexuelle, provoquée par l'éruption cutanée, Réaction allergique, Des réactions rapides peuvent survenir dans les cas, vous devez arrêter de prendre ce médicament.

Si vous prenez cette notice, veuillez déclarez.

La prise de certains médicaments peut entraîner une faiblesse.

7- MIS EN PARTIS

Précautions d'utilisation:

L'AVIS DE VOTRE PHARMACIEN.

NE JAMAIS LAISSER A LA PORTEE ET LA VUE DES ENFANTS.

8- INTERACTIONS

Interactions avec d'autres médicaments:

Veuillez indiquer à votre médecin ou à votre pharmacien si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, notamment des médicaments dopamnergiques (utilisés dans le traitement de la maladie de Parkinson), ou même de l'alcool en raison de la majorité de ceux qui sont utilisés sans ordonnance.

9- UTILISATION EN CAS DE GROSSESSE ET D'ALLAITEMENT

Ce médicament doit être utilisé avec prudence chez la femme enceinte ou qui allaite. D'une façon générale, il convient de demander conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

10- LES EFFETS POSSIBLES DU TRAITEMENT SUR LA CAPACITÉ A CONDUIRE UN VÉHICULE OU A UTILISER CERTAINES MACHINES

L'attention des patients est attirée, notamment chez les conducteurs de véhicules et les utilisateurs de machines, sur le risque de somnolence.

11- SYMPTÔMES ET CONDUITE A TENIR EN CAS DE SURDOSSAGE

Si vous avez pris plus de VOGALENE® 5 mg, suppositoire

Consultez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien.

12- CONDUITE A TENIR EN CAS D'OMISSION D'UNE OU PLUSSIORS DOSES

Si vous oubliez de prendre VOGALENE® 5 mg

suppositoire:

Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oublié de prendre.

13- MENTION SI NECESSAIRE, D'UN RISQUE DE SYNDROME DE SEVAGE

Sans objet.

Conditions de prescription et de livraison:

Tableau C (Liste 1).

A conserver à l'abri de la chaleur.

LOT : 210436
PER : 03-2024
PPV : 11,30DH

756.174.05.16

SERVICES DES URGENCES

FACTURE :

DATE : 27/06/2006

M: LAKHOUTI SAADIA

DOCTEUR :

Docteur Imad TAZI MAALEK

DIAGNOSTIC :

Anesthésiste-Réanimateur
Clinique Sidi Othman
Tél.: 05 22 59 75 75 - Fax: 0522 59 76 76

LIBELLE	MONTANT
ACTE Consultation physique	500,00 Dh
PHARMACIE	—
RADIO	—
AUTRES	—
TOTAL	500,00 Dh

CLINIQUE
SIDI OTMAN

Place de La Préfecture

Place de la Préfecture, Av. 10 Mars Casablanca
Tél.: 05 22 59 75 75 Fax: 05 22 59 76 76 - ICE : 00168427000056