

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.

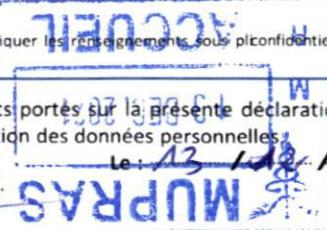
N° W21-669355

95680

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : <u>11445</u>		Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>SAMANI HICHAM</u>
Nom & Prénom : <u>SAMANI HICHAM</u>			
Date de naissance : <u>18/07/1977</u>			
Adresse : <u>RUES IMM 15 AL ET 13 MAZOLA HAY HASSANI</u>			
Tél. : <u>0660016803</u>		Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CNDP N° : IA-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <u>DR. ROUFI BEN ABDELLAH</u> <u>Pediatra</u> <u>Bd. Al Qods, Lot. Al Huda</u> <u>Imm. A 1er Etage N° 4</u> <u>Maroc. Casablanca - Tél. : 05 22 20 45 45</u> </div> Cachet du médecin : <u>11/12/21</u> Date de consultation : <u>11/12/21</u> Nom et prénom du malade : <u>Samani Hicham</u> Age : Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : <u>Maladie chronique</u> 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 : NSR Signature de l'adhérent(e) : Samani Hicham
 Le : 13/12/2021



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
1/12/21	C	120	162.70	INP : 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE POLYCLINIQUE Dr. TIA Abdellaziz Route Mly Thami - Hay Hassani Tél: 022 90 27 57 Casab	01/12/21	162.70

ANALYSES - RADIGRAPHIES

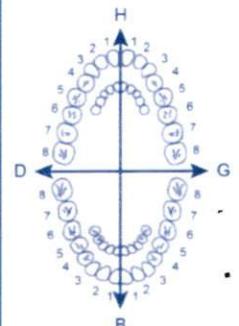
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

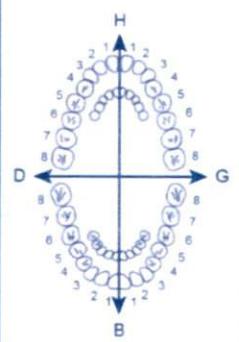
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

Docteur Rochd Benmerzouk

Pédiatre

Neonatalogie - Puériculture
Pédiatrie générale - Asthme - Allergologie



الدكتور رشد بن مرزوق

اختصاصي في طب الأطفال والرضع
والحساسية

Tél.: 05 22 52 44 68

- DN 21.3.05

- Pds: 23

- Temp.: 37

Casablanca, le 1.12.21

Prénom : ملسا Nom : بسمام

N° Lot: 0UW652
Fab.: 09/2020
P.: 09/2023

PPV: 102,10 DH

D Labunex 200

1 pulvex 200 x 02 + 02 jay

2x200 1 pulvex 200 x 1 mois

2x200 x 3 mois

B Zorofex

1 corn

2090

U Melamine 300

1 jys 300 en
dix unij

PHARMACIE POP CLINIQUE
Dr. TIR Modelaziz
58 Route Milly Hammam Casablanca
0522 90 21 01

25,00

x 30ms

ZENITH Pharma

AMM N° 171/16 CMP/21/NNPR

6 118001 272228

PPV: 20,80 DH

docteur
Rochd
Pediatre
Bd Al Qods, Lotissement Al Majd, Immeuble A, App. N°4 - Hay Inara - Ain chock - Casablanca
0522 52 44 68

شارع القدس، جزئية المجد، عمارة A، الطابق الأول، الشقة 4، حي الإنارة، عين الشق - الدار البيضاء

Bd. Al Qods, Lotissement Al Majd, Immeuble A, App. N°4 - Hay Inara - Ain chock - Casablanca

→ Tir Abdelaziz
1 Corn x 03 a 05 fmz
15,00



PHARMACIE POLYCLINIQUE
Dr. TIR Abdelaziz
58, Route Mly Shami - Hay Hassan
PHARMACIE POLYCLINIQUE
Dr. TIR Abdelaziz
58, Route Mly Shami - Hay Hassan
T: 03 27 91 27 - Casa

Dr. Rochd BENTERRZOUD
Bd A. Bourguiba 103
T: 03 27 91 27 - Casa

Toplexil®

Oxomémazine 0,33 mg/ml

Sirop

SANOFI

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes pour votre traitement

- Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.

Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez un médecin.

Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE TOPLEXIL sirop, ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE TOPLEXIL sirop ?
3. COMMENT PRENDRE TOPLEXIL sirop ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER TOPLEXIL sirop ?
6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

1. QU'EST-CE QUE TOPLEXIL sirop, ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?

ANTIHISTAMINIQUE A USAGE SYSTEMIQUE.

(R. Système respiratoire)

Ce médicament contient un antihistaminique, l'oxomémazine. Il est préconisé pour calmer les toux sèches et les toux d'irritation chez l'adulte et l'enfant de plus de 2 ans, en particulier lorsqu'elles surviennent le soir ou pendant la nuit.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE TOPLEXIL sirop ?

Si votre médecin vous a informé d'une intolérance à certains sucrels, contactez-le avant de prendre ce médicament.

Ne prenez jamais TOPLEXIL, sirop dans les cas suivants :

- nourrisson (moins de 2 ans),
- allergie connue aux constituants, et notamment aux

antihistaminiques,

- antécédent d'agranulocytose (baisse importante des globulins blancs dans le sang),
- difficulté pour uriner d'origine prostatique ou autre,
- certaines formes de glaucome (augmentation de la pression de l'intérieur de l'œil).

- en association avec certains médicaments (cabergoline, quinagolide) (Cf "Prise ou utilisation d'autres médicaments")

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'OPINION DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN

Faites attention avec TOPLEXIL sirop :

Mises en garde spéciales

La toux est un symptôme qui peut avoir des origines diverses : infections respiratoires, bronchites, grippe, allergie, asthme, coqueluche, irritation, etc...

De plus, la consommation de tabac aggrave ou entretient la toux.

En cas d'apparition ou de persistance d'une FIEVRE, accompagnée ou non de signes d'infection (angine...), de pâleur ou de transpiration, il conviendra de consulter votre médecin traitant.

Ne pas traiter par ce médicament une toux grasse. Dans ce cas, la toux est un moyen de défense naturelle nécessaire à l'évacuation des sécrétions bronchiques.

Si la toux devient grasse, s'accompagne d'encombrement, de crachats, de fièvre, demandez l'avis du médecin.

En cas de maladie chronique (au long cours) des bronches ou des poumons s'accompagnant de toux avec crachats, un avis médical est indispensable.

Il conviendra de ne pas associer un médicament fluidifiant des sécrétions bronchiques (expectorant, mucolytique).

Précautions d'emploi

En cas de maladie au long cours du foie ou des reins, CONSULTEZ VOTRE MEDECIN afin qu'il puisse adapter la posologie.

La prise de ce médicament nécessite un AVIS MEDICAL :

- chez les personnes âgées :
 - prédisposées aux constipations, aux vertiges ou à la somnolence
 - présentant des symptômes gastro-œsophagiens
- chez l'enfant et l'adolescent :
 - en cas de maladie préexistante

PREVENEZ VOTRE MEDECIN

LOT : 21E024
PER. : 08/2023

TOPLEXIL
SIROP FL 150 ML

P.P.V : 15DH70



6 118000 060901