

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

- 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 caractére personnel.

N° W21-689200

109506

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
Matricule : 11042 Société : Q.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KHLAFA MOHAMED

Date de naissance : 18 - 08 - 1971

Adresse : 4, QUE TERMINIANG ABOU TAOUR

MARIE

Tél. : 0664 71 54 45 Total des frais engagés : 610,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ZEMMAMA O. LOTFI
45, Bd. Bir Anzarane
C : 05 22 26 03 73
GSM : 06 61 19 99 86
Fax : 05 22 26 13 00
Email : zol2@live.fr

Date de consultation : 22 MAR 2022

Nom et prénom du malade : KHLAFA Mohamed

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Sinusite

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential 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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) : HMA

Le : 26/103/2022

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
22 MAR 2022	✓		200000	INFO 09 11 41 242
21 MAR 2022	CG			Dr. ZEMMAMA O. LO 45 Bd. Bir Anzarane C: 06 22 25 03 73 T: 06 61 14 99 86 M: 06 61 14 99 86

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/03/2022	110,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

	VILLE / VILLE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> </table> H <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 50px; height: 20px;">25533412</td> <td style="width: 50px; height: 20px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 20px;">00000000</td> <td style="width: 50px; height: 20px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 20px;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 20px;">D</td> <td style="width: 50px; height: 20px;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 20px;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 20px;">00000000</td> <td style="width: 50px; height: 20px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 20px;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 20px;">35533411</td> <td style="width: 50px; height: 20px;">11433553</td> </tr> </table> B			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	<hr/>		00000000	00000000	<hr/>		35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> </table>	
25533412	21433552																				
00000000	00000000																				
<hr/>																					
D	G																				
<hr/>																					
00000000	00000000																				
<hr/>																					
35533411	11433553																				
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																					
MONTANTS DES SOINS <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> </table>																					
DATE DU DEVIS <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> </table>																					
DATE DE L'EXECUTION <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> </table>																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Zemmama Omar Lotfi
LAUREAT DE LA FACULTE
DE MEDECINE DE CASABLANCA



الدكتور زمامه عمر لطفي
خريج كلية الطب
بالدار البيضاء

Casablanca, Le 24 MAR. 2022

الدار البيضاء في

Dr. ZEMMAMA

Dokhamed

205.00

10/ Tavanic 500 (6+)

185.00 à 20/ cp/5 ap repes

2/ Flixonase

1 pfeule nasale 2xj

3/ Neospred 20

Re. Injektion cu 2 pise

37.40 3,5 cp dilus

4/ Tot. Pen

1 cas 3 xj

53,35

410.70
172.72
TEL: 05 22 25 03 73
65 - 65 25 03 73
50 25 03 73
PRIMERAS
Mme BENNIS Zineb
EL MANSOUR
BIR ANZARANE
Casablanca

Dr. ZEMMAMA O. LOTFI
45, Bd. Bir Anzarane
C: 05 22 25 03 73
GSM: 06 61 14 99 86
Fax: 05 22 25 13 00
Email: zol2@live.fr

45, Bd. Bir Anzarane - Casablanca

TEL : 05 22 25 03 73

Fax : 05 22 25 13 00

GSM: 06 61 14 99 86

E-mail: zol2@live.fr

45، شارع بنزير انزاران الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 25 03 73

الفاكس : 05 22 25 13 00

المحمول : 06 61 14 99 86

البريد الإلكتروني: zol2@live.fr

RAPPORTER L'ORDONNANCE

TOTIFEN® KETOTIFENE

Composition :

Kétotifène (sous forme de fumarate)

Parahydroxybenzoate de méthyle

Parahydroxybenzoate de propyle

Excipients q.s.p.

Totifen® sirop contient Sorbitol et Alcool bon goût.

TOTIFEN® gélules

1,00 mg

1 gélule

TOTIFEN® 0,02 %

Kétotifène

53,30

Propriétés :

Antianaphylactique, antiasthmatique et anti-allergique.

Le Kétotifène® bloque la sécrétion des mastocytes histaminiques anaphylactiques et exerce un effet prolongé inhibiteur sur les récepteurs H1. L'administration du Kétotifène® permet :

- Une nette réduction des crises asthmatiques (durée et fréquence) et même préventive.
- Une thérapie antiasthmatique symptomatique.

Indications thérapeutiques :

- Prophylaxie à long terme de l'asthme d'origine allergique (y compris dans les formes mixtes), de la bronchite asthmatique et des syndromes à manifestations asthmatiques.
- Prophylaxie et thérapie de la rhinite allergique.

Contre-indications :

Nourrissons de moins de 6 mois.



NEOPRED®

20 mg et 5 mg
comprimé effervescent
Prednisolone

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.

Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE NEOPRED®, comprimé effervescent ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE NEOPRED®, comprimé effervescent ?
3. COMMENT PRENDRE NEOPRED®, comprimé effervescent ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER NEOPRED®, comprimé effervescent ?
6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

1. QU'EST-CE QUE NEOPRED®, comprimé effervescent ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique :

GLUCOCORTICOÏDES - USAGE SYSTEMIQUE.

(H: Hormones systémiques non sexuelles).

Indications thérapeutiques :

Ce médicament est un corticoïde.

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

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE NEOPRED®, comprimé effervescent ?

Liste des informations nécessaires avant la prise du médicament

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

Contre-indications :

N'utilisez jamais NEOPRED®, comprimé effervescent dans les cas suivants :

- la plupart des infections,
- certaines maladies virales en évolution (hépatites virales, herpès, varicelle, zona),
- certains troubles mentaux non traités,
- vaccination par des vaccins vivants,
- si vous êtes allergique à la prednisolone ou à l'un des autres composants.

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

Précautions d'emploi : mises en garde spéciales :

Faites attention avec NEOPRED®, comprimé effervescent :

Mises en garde spéciales

Instructions pour un bon usage : Sans objet, Posologie, Mode et/ou voie(s) d'administration du traitement :

Poseologie

NEOPRED® 20 mg est adapté aux traitements courtes durées nécessitant des doses moyennes plus de 10 kg.

NEOPRED® 5mg est indiqué pour les traitements courtes durées nécessitant des doses moyennes de 10 kg.

La dose à utiliser est déterminée par votre médecin traitant.

Elle est strictement individuelle.

Il est très important de suivre régulièrement le traitement sans arrêter brutalement sans l'avis de votre médecin.

Mode et voie d'administration :

Voie orale.

En général, dissoudre les comprimés dans un cours du repas. Respecter la prescription de votre médecin.

Durée du traitement :

Elle est déterminée par votre médecin.

En cas de traitement prolongé, ne pas arrêter brutalement sans l'avis de votre médecin pour les recommandations de votre médecin pour la poseologie.

Symptômes et instructions en cas de surdosage : Instructions en cas d'omission d'une ou de plusieurs doses.

Si vous oubliez de prendre NEOPRED®, comprimé effervescent, prenez une dose normale.

Pour être efficace, ce médicament doit être utilisé régulièrement. Si vous oubliez une dose, continuez le traitement.

Risque de syndrome de sevrage : Sans objet.

4. QUELLES SONT LES EFFETS INDESIRABLES ?

Description des effets indésirables :

Comme tous les médicaments, NEOPRED®, comprimé effervescent est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet. Ce médicament, indispensable à votre santé, est le plus souvent bien toléré lorsque l'on suit les recommandations et notamment le régime pauvre en sel, en sucre et riche en protéines.

Il peut néanmoins entraîner, selon la dose et la durée du traitement, des effets plus ou moins gênants.

Les plus fréquemment rencontrés sont :

- Modifications de certains paramètres biologiques (sel, sucre, potassium) pouvant nécessiter un régime ou un traitement complémentaire.
- Apparition de bleus.
- Elevation de la tension artérielle, rétention d'eau et de sel pouvant entraîner une insuffisance cardiaque.
- Troubles de l'humeur : excitation, euphorie, troubles du sommeil.
- Syndrome de Cushing : une prise de corticoïdes peut se manifester par une prise de poids, un gonflement et une rougeur du visage, une poussée excessive des poils.
- Fragilité osseuse : ostéoporose, fractures.
- Atteintes douloureuses des os au niveau de l'articulation de la hanche (ostéonécrose).

D'autres effets beaucoup plus rares, ont été observés :

- Risque d'insuffisance de sécrétion de la glande surrénale.
- Retard de croissance chez l'enfant.
- Troubles des règles.
- Faiblesses musculaire, rupture des tendons surtout en association avec les fluoroquinolones (antibiotiques).
- Troubles digestifs : ulcère digestif, hémorragies et perforations digestives, pancréatites surtout chez l'enfant.
- Fragilisation de la peau, retard de cicatrisation.



Notice : information de l'utilisateur

Avamys

27,5 microgrammes par pulv
suspension pour pulvérisation
Furoate de fluticasone

J100328

05/11/2011

6

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV: 115,00 DH



118001 142262

utilisé ?
niquement sur ordonnanc

TER LES DOSES PRÉSCRITES

partient
ples

es de

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

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin, votre pharmacien ou votre infirmier(ère).
- 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 ou non dans cette notice, parlez-en à votre médecin, à votre pharmacien ou à votre infirmier(ère). Voir rubrique 4.

Que contient cette notice ? :

1. Qu'est-ce qu'Avamys et dans quels cas est-il utilisé
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser Avamys
3. Comment utiliser Avamys
4. Effets indésirables éventuels
5. Comment conserver Avamys
6. Contenu de l'emballage et autres informations

Guide d'utilisation du
pulvérisateur nasal étape par
étape

Avamys, suspension pour pulvérisation nasale, est utilisé pour traiter les symptômes de la rhinite allergique : nez bouché, irrité ou qui coule, éternuements, yeux rouges ou irrités, larmoiements des yeux, chez l'adulte et l'enfant à partir de 6 ans.

Les symptômes de l'allergie peuvent survenir, soit à des moments précis de l'année en rapport avec une allergie aux pollens des graminées ou des arbres (rhume des foins), soit durant toute l'année en rapport à une allergie aux animaux, acariens ou moisissures, pour ne citer que quelques-unes des allergies les plus connues.

2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser Avamys ?

N'utilisez jamais Avamys :

Si vous êtes allergique au furoate de fluticasone ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament (mentionnés dans la rubrique 6).

Avertissements et précautions

Enfants et adolescents

Ne pas utiliser chez les enfants de moins de 6 ans.