

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° W21-709374

116528

| | | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 116528 | Société : R.A.M | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : FA. RAINAT S. SIN | | | |
| Date de naissance : 19.11.1972 | | | |
| Adresse : Res. Mewmene, App. 04, 4ème étage, 1000 Marrakech | | | |
| Tél. : Total des frais engagés : Dhs | | | |
| Dr. AINABI Mourad | | | |
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : 487, Massira 1D Résidence Yasmina 2, 3ème Etage, App. 7 - Marrakech Tél. : 05 24 34 08 82 - INPE : 07 11 82 117 | | | |
| Date de consultation : 25-12-2009 | | | |
| Nom et prénom du malade : FARHAT HAJAR Age : 28 ans, 7 mois | | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : Toux | | | |
| 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 :

Le : / /

25 MAI 2009

| 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 |
| 25-04-2022 | CS | | 300DH | INP : <input type="text"/> |
| | | | | Dr. AINABIN Pediatre Sira 1D Residence X Appl. 7 - Mar 8-82 - INPE |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| 7201147109 PHARMACIE ASKARDOUR Aska Dour Socem 1 27 11 2022 | 2022-06-21 | 762,30 |

| | |
|--|--|
| RAIRES | |
| Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes | |
| INP : | |
| Dr. AINABIN MOUNED Pediatre 10 Residence Yasmina 87, Mocchira 3 ^e Etage App. 7 - Marrakech INPE : 07 11 82 11 05 24 34 08 82 | |
| ANCES | |
| Montant de la Facture | |

Docteur Ainabi Mourad

Spécialiste Pédiatrie Générale

Maladies adolescents, enfants, nourrissons Nouveau né et prématûré

Réanimation Néonatale & Néonatalogie
Urgences Pédiatriques

Ex médecin Chef Service de Pédiatrie
Maladies respiratoires & allergies
Echographie



الدكتور عینبی مراد

طَبِيبُ الْأَطْفَالَ

طُبِّ الأَطْفَالُ، الرُّضُّعُ، الْخَدْجُ وَالْمَرَاهِقَةُ

انعاش حديثي الولادة و الخدج

رئيـس قـسـم الـأـطـفـال سـابـقاً

أمراض الصدر و الحساسية الفحص بالصدى

Enfant FARHAT Hajar

Age : 9 ans 7 mois Poids : 39,50 Kg

Marrakech, le 25.04.2022

Enfant FARHAT Hajar

Age : 9 ans 7 mois Poids : 39,50 Kg

Marrakech, le 25.04.2022

482

- Cotipred 20 mg
2 cp /j le amtin pendant 5 jours

16 30 - inaler sirop

- 1 cuillère à café 3 fois / pendant 7 jours

79 ₦ - Curaler sirop

- 1 cuillère à café 3 fois /j> pendant 15 jours

206.00 - Flowair 5mg

- 1cp à croquer le soir pendant 3 mois

PPC: 79,50 DH

Lot:

8/887

U1067
02/2024

PPV : 206,00 DH

Dr. AINABI Mourad
Pédiatre
487, Massira 1D Résidence Yasmina 2,
3 ème Etage, Appt. 7 - Marrakech
Tél. : 06 24 34 08 82 - INPE : 07 11 82 117

PPV : 206,00 DH

INALER® 2 mg/5 ml

Solution Buvable

COMPOSITION

Salbutamol (DCI) sulfate 2 mg
Excipients : q.s.p 5 ml

FORME ET PRÉSENTATION

Solution buvable dosée à 2 mg de salbutamol par 5 ml : flacon de 100 ml.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

Bronchodilatateur Bêta-stimulant-

NOM ET ADRESSE DE L'EXPLOITANT

Laboratoires AEBIC-PHAR

Zone Industrielle, Ouest Aïn Harrouda, Route Régionale N° 10

Km 12 400 Ain Harrouda 28630 Mohammedia

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES
INALER® est indiqué dans le traitement symptom bronchopneumopathies obstructives réversibles de l

CONTRE-INDICATIONS

CONTRE-INDICATIONS

• Allergie à l'un des constituants.

En cas de doute, il est indispensable de demander à votre pharmacien.

MISES EN GARDE

- MISES EN GARDE**

 - L'utilisation des bêta-2-mimétiques par voie générale en cas de pathologie cardiaque préexistante méconnue. Dans le cas où l'administration par voie inhalée doit être privilégiée c'est l'efficacité/tolérance qui devra être évaluée. Le médecin devra informer immédiatement l'ambulance si le soulagement observé après traitement.
 - Si un patient développe en quelques jours une asthme sévère malgré l'utilisation d'un bronchodilatateur bêta-2-mimétiques, on doit évaluer le débit-mètre de pointe qui s'abaisse et/ou devient inférieur à la norme pour l'âge et le sexe du patient. La possibilité d'une évolution vers une crise d'asthme aigu doit être évaluée. Le médecin devra donc prévenir le patient de la nécessité d'aller à l'hôpital immédiatement, sans avoir au préalable dépassé le seuil de conduite thérapeutique.
 - Chez les enfants asthmatiques, l'association à un thérapeutique doit être envisagée dès qu'il est nécessaire de reprendre l'utilisation de bêta-2-mimétiques. Le patient doit, dans ce cas, être informé que son état clinique ne doit pas conduire à une modification de l'arrêt de la corticothérapie par voie inhalée, sans l'accord du médecin.
 - L'attention des sportifs sera attirée sur le fait que certains actifs peuvent induire une réaction positive des tests antidopage.



16,30

Cotipred® 20 mg

Prednisolone

COMPOSITION :

Prednisolone (Sous forme de métasulfobénoate sodique) exprimé en base 20 mg
Excipient q.s.p. 1 comprimé.
Excipients à effet notoire : lactose, sorbitol (contenu dans l'arôme orange-pamplemousse)

PRÉSENTATION :

Boîte de 20 comprimés solubles effervescents avec barre de cassure.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Ce médicament est un corticoïde.

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

CONTRE-INDICATIONS :

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE 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, - allergie à l'un des constituants.

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE, sauf avis contraire de votre médecin, en association avec des médicaments pouvant donner certains troubles du rythme cardiaque (cf. Interactions médicamenteuses et autres interactions).

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

MISES EN GARDE SPÉCIALES :

Ce médicament doit être pris sous stricte surveillance médicale.

AVANT LE TRAITEMENT :

Prévenir votre médecin en cas de vaccination récente, en cas de colon, d'intervention chirurgicale récente au niveau de l'intestin, d'infection (notamment antécédents de tuberculose, d'insuffisance rénale, d'ostéoporose et de myasthénie grave (rhumatismale).

Prévenir votre médecin en cas de séjour dans les régions tropicales, en raison de maladies parasitaires.

PENDANT LE TRAITEMENT :

Eviter le contact avec les sujets atteints de varicelle ou

En cas de traitement prolongé, ne jamais arrêter brutallement recommandations de votre médecin pour la diminution.

Sous traitement et au cours de l'année suivant l'arrêt du traitement, prévenir le médecin de la prise de corticoïde, en cas d'intervention chirurgicale ou de situation de stress (fièvre, maladie).

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

Pendant le traitement, votre médecin pourra vous conseiller de suivre un régime, en particulier pauvre en sel. Tenir compte de la teneur en sodium (51 mg par comprimé).

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS :

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN et notamment des médicaments pouvant donner certains troubles du rythme cardiaque : astémizole, bêpridil, érythromycine en injection intra-veineuse, halofantrine, pentamidine, sparfloxacine, sultopride, vincamine.

GROSSESSE - 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.

PPV: 48DH50
PER: 12/24
LOT: K3725