

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.

121126

Déclaration de Maladie : № P19-0005391

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10525 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Hatifi Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066 1160361 Total des frais engagés : 440.30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Abdellah FAKIR
13, Bd. Ain Taoujout, Tel. Ensege, App. N°1-Boulogne
Pédiatre
Tel : 05 22 48 67 85 / 06 22 48 67 85
06 66 98 90 94
GSM : 06 61 114 500 Casablanca

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Hatifi Rim Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Rec. 3 mces

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 : 01/07/22

Signature de l'adhérent(e) : Cyp

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoriaires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
30 JUIN 2022	7	300		<p>دكتور عبد الحكيم زكير Dr. ABDELHAK ZAKIR طبيب أسنان - مجاز في العلاج بالأشعة Pediatre 3, Bd. Ain Soujra, 1er étage, Appt. N°1-Bourgogne Tél : 06 22 46 67 65 / 06 22 46 67 69 06 66 94 59 94 GSM - 06 61 744 500 - Casablanca</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE EL MANAR CASABLANCA</i>	30-06-22	140,30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoriaires
		AM	PC	IM	IV	

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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 00000000 35533411	B 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdelhak ZAKIR

Pédiatre

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier
 Ancien Assistant & Ancien Praticien Hospitalier
 des Hôpitaux de France
 Diplômé en Réanimation Néo-Natale
 Diplômé en Médecine Foetale
 Diplômé en Rééducation Fonctionnelle Respiratoire

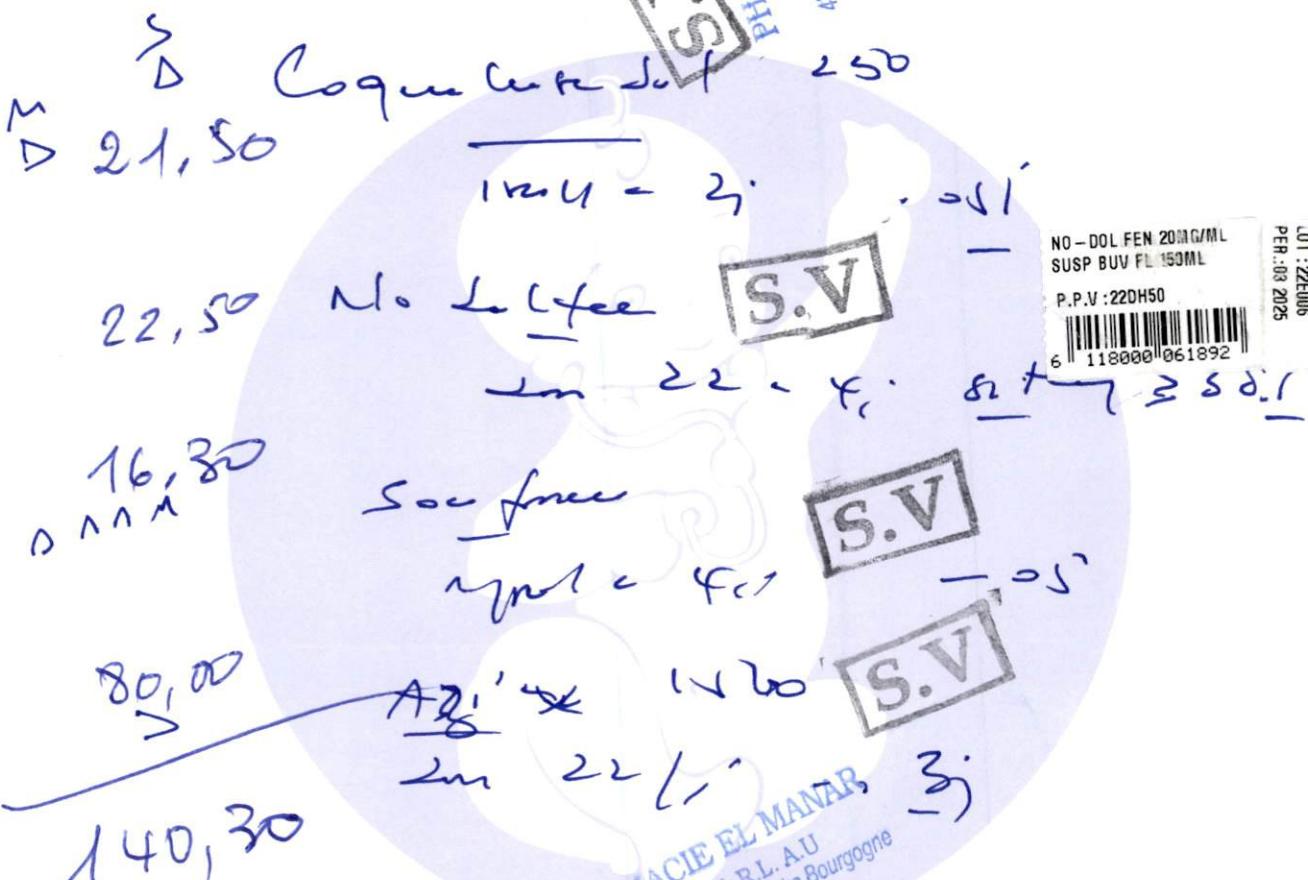
الدكتور عبد الحق زكير

يختصصي في أمراض الطفل والرضيع
 خريج كلية الطب بمونبولي
 طبيب مساعد سابقاً بمستشفيات فرنسا
 مجاز في إنعاش الرضيع
 مجاز في طب الجنين
 مجاز في ترويض أمراض الجهاز التنفسي

١٤٥٦٧٥

Neu

٣٠ - ٥٦٦



دكتور عبد الحق زكير
 Dr. Abdelhak ZAKIR
 يختصصي في أمراض طفل ورضيع
 Pédiatre
 3, Bd. Ain Taoujilate, 1er Etage, App. N°1-Bourgogne
 Tel.: 05 22 48 67 66 / 06 66 99 99 94 - En CAS D'URGENCE : 06 6114 45 00

**COQUELUSEDAL PARACETAMOL 100 mg, suppositoire
COQUELUSEDAL PARACETAMOL 250 mg, suppositoire
COQUELUSEDAL PARACETAMOL 500 mg, suppositoire**

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament. Les informations importantes pour votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez l'avis de votre pharmacien ou de votre médecin.

- Ce médicament peut être utilisé en automédication sur prescription d'un médecin.
- Si les symptômes persistent, s'ils s'aggravent ou si de nouveaux symptômes apparaissent, demandez l'avis de votre pharmacien ou de votre médecin.
- Cette notice est faite pour vous aider à bien utiliser ce médicament. Gardez-la, vous pourriez avoir besoin de la relire.

NE LAISSEZ PAS CE MEDICAMENT A LA PORTEE DES ENFANTS.

LOT 220610

EXP 03/2025

PPV 21.50 DH

Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE COQUELUSEDAL PARACETAMOL, suppositoire ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER COQUELUSEDAL PARACETAMOL, suppositoire ?
3. COMMENT UTILISER COQUELUSEDAL PARACETAMOL, suppositoire ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER COQUELUSEDAL PARACETAMOL, suppositoire ?
6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

1. QU'EST-CE QUE COQUELUSEDAL PARACETAMOL, suppositoire ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?

Ce médicament est un antipyrrétique, antalgique et antitussif.

Il est indiqué dans :

- le traitement de la douleur et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures,
- le traitement de la fièvre au cours des affections bronchiques aigües bénignes telles que la toux. COQUELUSEDAL PARACETAMOL 100 mg est réservé à l'enfant de 5 à 8 kg (soit environ 2 à 9 mois). COQUELUSEDAL PARACETAMOL 250 mg est réservé à l'enfant de 30 mois à 7 ans (soit environ 15 à 20 kg).

COQUELUSEDAL PARACETAMOL 500 mg est réservé à l'adulte et à l'enfant à partir de 25 kg (soit environ à partir de 8 ans). Lire attentivement la rubrique "Posologie".

Pour les enfants ayant un poids différent, il existe d'autres présentations de paracétamol à associer au COQUELUSEDAL NOURRISSONS : demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER COQUELUSEDAL PARACETAMOL, suppositoire ?

Ne prenez jamais COQUELUSEDAL PARACETAMOL, suppositoire dans les cas suivants:

- allergie connue au paracétamol,
- maladie grave du foie,
- inflammation récente anale ou rectale ou saignement récent du rectum.

Ne prenez jamais COQUELUSEDAL PARACETAMOL 250 et 500 mg, suppositoire dans

Solution nasale pour pulvérisation

SOU

thiophènecarbo

16,30



IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT

COMPOSITION

pour 100 ml de solution

- Thiophènecarboxylate de sodium 2,340 g
(Quantité correspondante en Thiophènecarboxylate 1,980 g)

Excipient : parahydroxybenzoate de méthyle (E 218), parahydroxybenzoate de propyle (E 216), bicarbonate de sodium, eau purifiée.

pour 100 ml de solution

FORME PHARMACEUTIQUE

Solution nasale pour pulvérisation. Flacon de 20 ml.

CLASSE PHARMACO-THÉRAPEUTIQUE

PRÉPARATION NASALE POUR USAGE LOCAL

(R : Système respiratoire).

DANS QUEL CAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

Ce médicament est indiqué comme traitement local d'appoint en cas de rhume et de rhinopharyngite.

AZIX®

40 mg/ml Azithromycine
Poudre pour suspension buvable

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT :

Dénomination : AZIX

Principe actif : Azithromycine

COMPOSANT

Azithromycine

Excipient(s) : xanthane

FORME

- AZIX

- AZIX

CLASSIFICATION

Antibiotique

INDICATIONS

Ce médicament est contre-indiqué en cas de bactériose grave.

CONTRE-INDICATIONS

Ce médicament est contre-indiqué en cas de :

- hypersensibilité à l'aztreonam

- association avec d'autres antibiotiques

- association avec d'autres médicaments

EN CAS DE PROBLÈME

VOTRE PHARMACIEN

PPV : 80DH00

PER : 04/25

LOT : L1499

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

Signaler immédiatement à votre médecin toute réaction allergique en cours de traitement.

Avant de prendre ce médicament, prévenez votre médecin si à l'occasion d'un traitement antibiotique antérieur, vous avez présenté une réaction allergique.

Prévenez votre médecin en cas de :

- maladie rénale

- maladie du foie sévère

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

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS :

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, en particulier en cas de traitement par la dihydroergotamine, le cisapride et l'ergotamine, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT :

D'UNE FAÇON GENERALE, IL CONVIENT TOUJOURS DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN EN CAS DE GROSSESSE OU D'ALLAITEMENT.

LISTE DES EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE :

Saccharose, sodium, glucose (contenu dans l'arôme vanille).