

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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° W21-694708

N2401

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01026

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SERBOUTI EL GHEZOUANI

Date de naissance :

1941

Adresse :

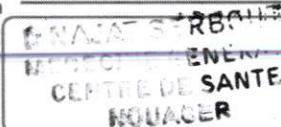
23B - RUE TANGER - NSR

Tél. : 0767669231

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

916/20/22 SERDIA RAHMA Age:

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HIA + foux

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

Le : 20/11/2022

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
9/6/2022	C	G		INP : 091040105 D'NAJA A. ERBOUTI MEDECIN GENERALE CENTRE DE SANTE KOUACER

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Targanier Mme ECH-CHANNA Mounia BP 20000 Casablanca 10600 253 96 93 09/06/22	09/06/22	294,70

IN.P.E : 092066356

ANALYSES - RADIGRAPHIES

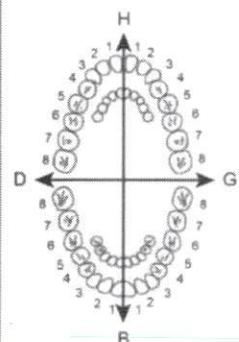
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
			.
			.
			.

AUXILIAIRES MEDICAUX

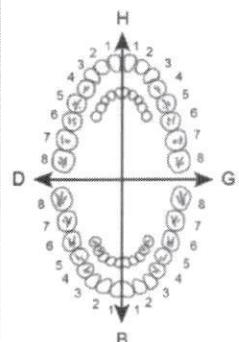
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le :9/6/2022....

MAJAT SERBOUTI
MÉDECINE GÉNÉRALE
CENTRE DE SANTÉ
SAINT-JEAN

ORDONNANCE

Mme DUMA RATHMA

105.40

1) Ancine plus S.V
1 cap/j x 3 mois

19.70

2) Aposilide S.V

37.30

3) Zenbel S.V
1 gel x 41 j x 7 j

95.00

4) Benecca S.V
1 cap x 21 j x 10 g

(R)

5) Polenyl Ad.
1 cap x 3 j

294.70

Pharmacie l'arganier
Mme EUL CHANNA Mounia
TÉL: 06 22 53 56 23

(S.P)

MAJAT SERBOUTI
MÉDECINE GÉNÉRALE
CENTRE DE SANTÉ
SAINT-JEAN

PPC:95.000H
LOT:CB01982
EXP:10/2023

APAZIDE®

APAZIDE® 200 mg 

Nifuroxazide
16 gélules



6 118000 040064

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice. Elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la lire.
- Si vous avez d'autres questions, demandez plus d'informations.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Il peut être nocif, même si les signes de leur maladie sont peu marqués.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous n'arrivez pas à prendre cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

FORMES ET PRÉSENTATIONS:

Gélules à 200 mg (jaune) : Boîte de 16 gélules.

COMPOSITION :

Nifuroxazide (DCI) p. gélule
200 mg

Excipient à effet notable : Saccharose

INDICATIONS :

Diarrhée aiguë présumée d'origine bactérienne (altération de l'état général, fièvre, signes toxico-infectieux). Le traitement ne dispense pas de mesures diététiques. L'importance de la réhydratation par soluté de réhydratation adaptée en fonction de l'intensité de la diarrhée, de ses associations,...)

POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI :

Voie orale. Avalez les gélules à l'aide d'un verre d'eau.

Réservez à l'adulte et à l'enfant à partir de 10 ans.

Adultes : 4 gélules (800 mg) par jour en 2 à 4 prises.

Enfant à partir de 10 ans : 3 à 4 gélules (600 à 800 mg) par jour en 2 à 4 prises.

La durée du traitement est limitée à 7 jours.

CONTRE-INDICATIONS :

- Si vous êtes allergique au nifuroxazide, aux dérivés du nitrofurane ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament.

- Chez l'enfant de moins de 10 ans.

MISES EN GARDES ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

Ne laissez pas ce médicament à la portée des enfants.

Vous devez consulter rapidement votre médecin dans les cas suivants :

- En l'absence d'amélioration au bout de 2 jours de traitement, en cas d'apparition de fièvre, de vomissement.
- En cas de diarrhée supérieure à 6 selles liquides par jour ou qui dure plus de 24 heures ou qui s'accompagne d'une perte de poids, en cas de présence de sang ou de glaire dans les selles.
- En cas de soif intense, de sensation de langue sèche.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

Devant une diarrhée chez l'enfant, il convient d'envisager l'éventualité d'un déficit congénital en saccharase, avant de prescrire un médicament contenant du saccharose.

Ce traitement est un complément des règles diététiques :

- Se réhydrater par les boissons abondantes, afin de compenser les pertes de liquide dues à la diarrhée.
- S'alimenter le temps de la diarrhée : en excluant les crudités, les fruits, les légumes verts, les plats épicés, ainsi que les aliments ou boissons glacés; en privilégiant les viandes grillées, le riz.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT :

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre ce médicament.

EFFETS INDESIRABLES :

Si l'un des effets suivants survient, arrêtez le médicament et consultez immédiatement votre médecin :

Atteintes de la peau : éruptions, eczéma, pustulose exanthématische aiguë généralisée, photosensibilité.

Manifestations allergiques : possibilité de réactions allergiques à type d'éruption cutanée, d'urticaire, ou de manifestations graves et immédiates pouvant mettre en jeu le pronostic vital, d'angioédème, ou de choc anaphylactique.

Manifestations hématologiques : thrombopénie, anémie hémolytique, agranulocytose.

Autres atteintes : élévation des enzymes du foie, chromataturie.

Tableau A (liste I)



bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Séba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

demoo
101004 - 12/19



ZENTEL® 400 mg

comprimé
albendazole

ID : 632802 GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 37,30 DH



6 118001 141364

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 d'autres questions, 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, car cela pourrait lui être nocif.

La substance active est :

Albendazole..... 400,00 mg

pour un comprimé

Les autres composants sont :

Lactose, amidon de maïs, povidone, laurilsulfate de sodium, croscarmellose sodique, cellulose microcristalline, laque aluminique de Jaune orangé S, saccharine sodique, stéarate de magnésium, arôme vanille, arôme fruit de la



ZENTEL® 400 mg

comprimé
albendazole

ID : 632802 GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 37,30 DH



6 118001 141364

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 d'autres questions, 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, car cela pourrait lui être nocif.

La substance active est :

Albendazole..... 400,00 mg

pour un comprimé

Les autres composants sont :

Lactose, amidon de maïs, povidone, laurilsulfate de sodium, croscarmellose sodique, cellulose microcristalline, laque aluminique de Jaune orangé S, saccharine sodique, stéarate de magnésium, arôme vanille, arôme fruit de la