

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 à caractère personnel.

N° W21-770290

142393

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 9065	Société : R.PM	Autres
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : JELLOUL Mohamad		
Date de naissance : 22.09.1965		
Adresse : 46 Rue des Sabins 07115		
Tél. : 0661 064692	Total des frais engagés : 381,72 Dhs	

Autorisation CNCDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin	
	Cachet du médecin :	
Date de consultation : 05/11/2022	Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint		
Nature de la maladie : Crise d'asthme		
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 : **Casab**

Signature de l'adhérent(e) : **AB**

Le : **16/12/2022**

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
05/11/2022	cn +pn	300		<p>INP : 091258745</p>   <p>Dr. Youssef Boussetta Médecin Généraliste Centre de Santé Dpt-Ghaliel Médical Centre CNS</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du ou Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05.11.22	 8170

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOL ET ADHESIF

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Impressionist:

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
D 00000000 35533411	G 00000000 11433553			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
B				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession.			



وصفة ORDONNANCE



درب غلف
DERB GHALLEF

Le 05/11/892

Lahjaouzi

Mafida

36 ko

- Kopred long 3jars
5.4

3cpl. de matin

- Cordac long 5mors

45.30

- Ventoline 5.4 Ned.
Ventoline 5.4 Ned.

31.98 N'a 2 parts en cas
de crise



Ventoline 100 microgrammes/dose, suspension pour inhalation en flacon pressurisé

SALBUTAMOL

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament car il 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 ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autre. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, qu'il soit ou non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien.



Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que VENTOLINE 100 microgrammes/dose, suspension pour inhalation en flacon pressurisé et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser VENTOLINE 100 microgrammes/dose, suspension pour inhalation en flacon pressurisé ?
3. Comment utiliser VENTOLINE 100 microgrammes/dose, suspension pour inhalation en flacon pressurisé ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver VENTOLINE 100 microgrammes/dose, suspension pour inhalation en flacon pressurisé ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

1. QU'EST-CE QUE VENTOLINE 100 microgrammes/dose, suspension pour inhalation en flacon pressurisé ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : Bronchodilatateur Bêta-2 mimétique à action rapide et de courte durée par voie inhalée (R : Système Respiratoire) - code ATC : R03AC02

Ce médicament contient un bêta-2 mimétique : le salbutamol.

C'est un bronchodilatateur (*il augmente le calibre des bronches*) à action rapide (*il agit en quelques minutes*) administré par voie inhalée (*en l'inspirant par*

Kopred®

Prednisolone

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de

Si vous avez toute autre question, si vous avez , 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 pharmacien.

PRÉSENTATION

KOPRED 5 mg comprimé effervescent, Boîte de 1 flacon contenant 30 comprimés effervescents.

KOPRED 20 mg comprimé effervescent, Boîte de 1 flacon contenant 20 comprimés effervescents.

COMPOSITION

Substance active : Prednisolone

KOPRED 5 mg comprimé effervescent, contient 5 mg de prednisolone (sous forme de métasulfobenzoate de sodium).

KOPRED 20 mg comprimé effervescent, contient 20 mg de prednisolone (sous forme de métasulfobenzoate de sodium).

Excipients :

KOPRED 5 mg comprimé effervescent, q.s.p 1 comprimé effervescent.

KOPRED 20 mg comprimé effervescent, q.s.p 1 comprimé effervescent.

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

GLUCOCORTICOÏDES - USAGE SYSTEMIQUE.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Ce médicament est un corticoïde.

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

CONTRE-INDICATIONS

Ce médicament est contre indiqué dans les situations suivantes :

- 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 DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISE EN GARDE ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

Mise en garde

Ce médicament doit être pris sous stricte surveillance médicale.

AVANT LE TRAITEMENT :

Prévenir votre médecin en cas de vaccination récente, en cas d'ulcère digestif, de maladies du colon, d'intervention chirurgicale récente au niveau de l'intestin, de diabète, d'hypertension artérielle, d'infection (notamment antécédents de tuberculose), d'insuffisance hépatique, d'insuffisance rénale, d'ostéoporose et de myasthénie grave (maladie des muscles avec fatigue musculaire).

Prévenir votre médecin en cas de séjour dans les régions tropicale, subtropicale ou le sud de l'Europe, en raison du risque de maladie parasitaire.

La prise de ce médicament en association avec un vaccin vivant atténué ou avec des doses anti-inflammatoires d'acide acétysalicylique (≥ 1 g par prise et/ou ≥ 3 g par jour) est à éviter.

PENDANT ET APRÈS LE TRAITEMENT :

éviter le contact avec les sujets atteints de varicelle ou de rougeole.

En cas de traitement prolongé, ne jamais arrêter brutalement le traitement mais suivre les recommandations de votre médecin pour la diminution des doses.

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).

Les corticoïdes oraux ou injectables peuvent favoriser l'apparition de tendinopathie, voire de rupture tendineuse

(exceptionnelle). Prévenir votre médecin en cas d'apparition de douleur tendineuse.

Précautions d'emploi

Pendant le traitement, votre médecin pourra vous conseiller de suivre un régime, pauvre en sel, en sucre et riche en protéines.

Ce médicament contient du sodium. A prendre en compte chez les patients contrôlant leur apport alimentaire en sodium.

En cas de traitement prolongé, un apport en calcium et vitamine D vous sera prescrit.

KOPRED 5 mg comprimé effervescent contient 8 mg de sodium.

KOPRED 20 mg comprimé effervescent contient 16 mg de sodium.

Ce médicament contient

déconseillé chez les personnes portant une galactose, un défaut en malabsorption du glucose, héréditaires rares).

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

INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MÉDICAMENTS

Ce médicament DOIT ÊTRE ÉVITÉ en association avec un vaccin vivant atténué ou avec des doses anti-inflammatoires d'acide acétysalicylique (≥ 1 g par prise et/ou ≥ 3 g par jour).

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

INTERACTIONS AVEC LES ALIMENTS ET LES BOISSONS

Sans objet.

INTERACTIONS AVEC LES PRODUITS DE PHYTOTHERAPIE OU THERAPIES ALTERNATIVES

Sans objet.

GROSSESSE ET 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.

Allaitement

L'allaitement est à éviter pendant le traitement en raison du passage dans le lait maternel.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

SPORTIFS

Ce médicament contient un principe actif pouvant induire une réaction positive des tests pratiqués lors des contrôles antidopages.

EFFECTS SUR L'APTITUDE A CONDUIRE DES VEHICULES OU A UTILISER DES MACHINES

Sans objet.

LISTE DES EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

KOPRED 5 mg et 20 mg, comprimé effervescent, contiennent du lactose et du sodium.

POSÉOLOGIE, MODE ET/OU VOIE(S) D'ADMINISTRATION, FREQUENCE D'ADMINISTRATION ET DUREE DE TRAITEMENT

Posologie

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MÉDECIN.

KOPRED 5 mg comprimé effervescent :

La dose à utiliser est déterminée par votre médecin, en fonction de votre poids et de la maladie traitée.

Elle est strictement individuelle.

Il est très important de suivre régulièrement le traitement et de ne pas le modifier, ni l'arrêter brutalement sans l'avis de votre médecin.

KOPRED 20 mg comprimé effervescent :

RESERVE À L'ADULTE ET À L'ENFANT DE PLUS DE 10 KG.

KOPRED 20 mg comprimé effervescent est adapté aux traitements d'attaque ou aux traitements de courte durée nécessitant des doses moyennes ou fortes chez l'adulte et l'enfant de plus de 10 kg.

La dose à utiliser est déterminée par votre médecin, en fonction de votre poids et de la maladie traitée.

Elle est strictement individuelle.

Il est très important de suivre régulièrement le traitement et de ne pas le modifier, ni l'arrêter brutalement sans l'avis de votre médecin.

Mode d'administration

Voie orale.

En général, dissoudre les comprimés dans une prise le matin, au cours de

du

elle

en c

trait

mé

sur

sans

inst

plus

pour

réguli

dose,

risqu

ans

pe

et

comme

efferves

bien que t

ce médicame

lorsque l'on suit les recommandations et notamment le régime. Il peut néanmoins entraîner, selon la dose et la durée du traitement, des effets plus ou moins gênants.

Les plus fréquemment rencontrés sont :

- Modification de certains paramètres biologiques (sel, sucre, potassium) pouvant nécessiter un régime ou un traitement complémentaire.

- Apparition de bleus.

- Élevation 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 surrenale.

- Retard de croissance chez l'enfant.

- Troubles des règles.

- Faiblesse musculaire, rupture des tendons surtout en association avec les fluorquinolones (antibiotiques).

- Troubles digestifs: ulcère digestif, hémorragies et perforations digestives, pancréatites surtout chez l'enfant.

- Fragilisation de la peau, retard de cicatrisation, acne.

- Confusion, convulsion, état dépressif à l'arrêt du traitement.

- Certaines formes de glaucome (augmentation de la pression à l'intérieur de l'œil) et de cataracte (opacification du cristallin).

Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si certains effets indésirables deviennent graves, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

DECLARATION DES EFFETS INDESIRABLES

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Cela s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement ou via le centre national de pharmacovigilance. En signalant les effets indésirables, vous contribuez à fournir davantage d'informations sur la sécurité du médicament.

CONSERVATION

Ce médicament doit être conservé à l'abri de l'humidité. Rebouchez soigneusement le flacon après chaque prise. Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

CONDITIONS DE DELIVRANCE

Liste I

PEREMPTION

Ne pas utiliser KOPRED comprimé effervescent après la date de péremption figurant sur le conditionnement extérieur.

DATE DE REVISION DE LA NOTICE

Août 2016



Voie orale

20 Comprimés effervescents

PHARM

Laboratoires Pharm

21 Rue des Asphodèles - Casablanca - Maroc

Site de fabrication: Zone Industrielle Ouled Saleh - Bouskoura - Maroc

Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable

N° IPP :	1335590	N° SEJOUR :	220100403	FACTURE N°	2205028999	DATE D'ENTREE:	05/11/2022	DATE DE SORTIE:	05/11/2022
----------	---------	-------------	-----------	------------	------------	----------------	------------	-----------------	------------

UF de présence: 5002 URGENCES

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT
Report page précédente				300.00		0.00		0.00		300.00

Intervenant : 10672 DR BEN ADADA YOUSSEF	TOTAUX :	300.00							300.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :							ACOMPTE:	
TROIS CENTS DHS	REMISE :	0.00	REGLE:	300.00				AVOIR:	
	RESTE DU:	0.00							
DATE FACTURE : 05/11/2022	EDITEE LE : 05/11/2022	PAR: SAAD							
VISA	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>								
	N° DE POLICE :							DATE AT :	
	Règlement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef							
	BANQUE :	BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA							
	N° compte bancaire :	011 780 0000 70 210 00 60 028 31							

POLYCLINIQUE CNSS - DERB GHALLEF
GAISSE DES URGENCES



N° IPP : 1335590	N° SEJOUR : 220100403	FACTURE N° 2205028999				DATE D'ENTREE : 05/11/2022 DATE DE SORTIE : 05/11/2022						
ASSURE :												
MALADE : LAHJAOUZI,Hafida		UF: 5002 URGENCES				DESTINATAIRE : LAHJAOUZI,Hafida						
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S. :										
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :										
TIERS PAYANT 2 :		N° SE. SOC. ETRANG. :										
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
							% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
FORFAIT HOSPITALISAT°, REA, CHIRURGIE, MATERNIT°		FURG15	1.00	100.00	100.00					0.00	100.00	
OXYGENOTHERAPIE PAR DEMIE HEURE												
CONSULTATION DE MEDECIN.		CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00	
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F)												
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX		AMI	1.60	7.50	12.00					0.00	12.00	
ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER												
PRODUITS PHARMACEUTIQUES					47.90					0.00	47.90	
FOURNITURES MEDICALES					20.10					0.00	20.10	

Total à reporter

300.00

0.00

0.00

300.00