

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° W21-659192

145530

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	0836	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>JAMALEDDINE DOHADJI</u>			
Date de naissance : <u>01/01/1943</u>			
Adresse : <u>49 RUE MY IDRISSE EL AZHAR-BERRECHID</u>			
Tél. :	06 41 44 46 65	Total des frais engagés : <u>546,30 Dhs</u>	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Age:	
Nature de la maladie :	
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.

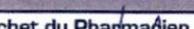
Fait à : BERRECHID le 20/12/19 Le : 12.12.2023

Signature de l'adhérent(e) : Jamaleddine Dohadi

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
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26-12-2022	546,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DATE DE
L'EXECUTION

MONTANTS DES SOINS

COEFFICIENT DES TRAVAUX

COEFFICIENT DES TRAVAIL

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

PHARMACIE 2000

LALLA ZINEB KADIRI

05 22 53 36 05

22 boulevard mohammed 5 , berrechid



Facture N° 20230103-369

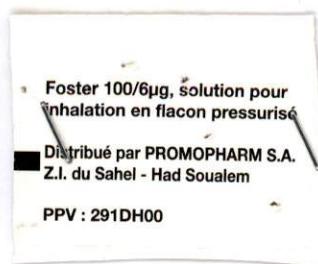
Date de vente : 26/12/2022

Médecin traitant :

JAMALEDINE MOHAMED

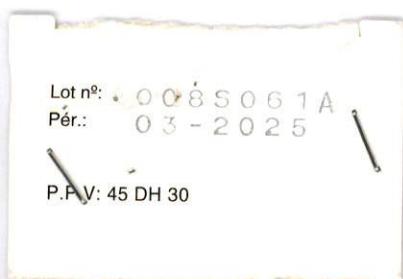
Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
BUTOVENT AE 100µG B200 DOSES AEROSOL	1	45,30	Exonéré (0.00%)	45,30
FOSTER AE B120 DOSES	1	291,00	Exonéré (0.00%)	291,00
FLOWAIR CO 10MG B30 COMP	1	210,00	Exonéré (0.00%)	210,00



Total HT	546,30 DHS
TVA	0 DHS
Total	546,30 DHS

Arrêtez la présente facture à la somme de : cinq cent quarante-six DHS et trente centimes



 **Pharmacie 2000**
Docteur KADIR L Zineb
22 boulevard mohammed 5 , BERRECHID
Télé : 05 22 53 36 05

Flowair® 10 mg
Comprimés pelliculés
DCI : Montélukast Sodique

PPV: 210.00 DH



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.

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

Classe pharmacothérapeutique :

FLOWAIR® est un antagoniste des récepteurs des leucotriènes qui bloque l'activité de substances appelées leucotriènes. Les leucotriènes provoquent un rétrécissement et un œdème des voies aériennes dans les poumons. En bloquant les leucotriènes, FLOWAIR® améliore les symptômes de l'asthme et contribue au contrôle de l'asthme. Code ATC : R03DC03.

Indications thérapeutiques :

Votre médecin vous a prescrit FLOWAIR® pour le traitement de votre asthme, pour prévenir les symptômes d'asthme pendant le jour et la nuit.

• FLOWAIR® est indiqué en traitement additif chez les patients présentant un asthme persistant léger à modéré insuffisamment contrôlé par corticothérapie inhalée et chez qui les bêta-2-mimétiques à action immédiate et de courte durée administrés « à la demande » n'apportent pas un contrôle clinique suffisant de l'asthme.

Pour ces mêmes patients, chez qui FLOWAIR® est indiqué pour l'asthme, FLOWAIR® peut en même temps apporter un soulagement symptomatique de la rhinite allergique saisonnière • FLOWAIR® est également indiqué en traitement préventif de l'asthme induit par l'effort.

Qu'est-ce que l'asthme ?

L'asthme est une maladie au long cours.

L'asthme comporte :

Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules ou à utiliser des machines

Conduite de véhicules et utilisation de machines

Il n'est pas attendu que FLOWAIR® ait un effet sur l'aptitude à conduire un véhicule ou à utiliser des machines. Cependant, la réponse au médicament peut varier d'une personne à l'autre. Certains effets indésirables (tels que étourdissements et somnolence), rapportés très rarement avec FLOWAIR®, peuvent affecter l'aptitude à conduire un véhicule ou à utiliser des machines chez certains patients.

FLOWAIR® 10 mg, comprimé pelliculé contient de l'aspartam, source de phénylalanine
Si votre enfant est atteint de phénylcétoneurie (anomalie héréditaire rare du métabolisme).

3. COMMENT PRENDRE FLOWAIR® ?

Instructions pour un bon usage

Sans objet.

Posologie, Mode et/ou voie(s) d'administration, Fréquence d'administration et Durée du traitement

Vous ne devez prendre qu'un seul comprimé de FLOWAIR® par jour suivant la prescription de votre médecin.

Il doit être pris même en l'absence de symptômes ou lors d'une crise d'asthme aiguë.

Respectez toujours la posologie indiquée par votre médecin. En cas d'incertitude, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

A prendre par voie orale.

Chez l'adulte et l'adolescent âgé de 15 ans et plus :

Un comprimé à 10 mg par jour à prendre le soir. FLOWAIR® 10 mg peut être pris pendant ou en dehors des repas.

Si vous prenez FLOWAIR®, veillez à ne pas prendre d'autres médicaments contenant le même principe actif, le montélukast.

Symptômes et instructions en cas de surdosage

Si vous avez pris plus de FLOWAIR® que vous n'auriez dû :

Consultez immédiatement votre médecin.

Il n'y a pas d'effets secondaires rapportés dans la majorité des cas de surdosage. Les symptômes rapportés le plus fréquemment chez l'adulte et l'enfant en cas de surdosage comprennent douleurs abdominales, somnolence, soif, maux de tête, vomissements et hyperactivité.

Instructions en cas d'omission d'une ou de plusieurs doses

Si vous oubliez de prendre FLOWAIR® :

Essayez de prendre FLOWAIR® comme votre médecin vous l'a prescrit. Cependant, si vous oubliez de prendre une dose, reprenez le traitement habituel de 1 comprimé par jour.

Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oublié de prendre.

Risque de syndrome de sevrage

Si vous arrêtez de prendre FLOWAIR® :

FLOWAIR® ne peut traiter votre asthme que si vous poursuivez votre traitement. Il est important de continuer à prendre FLOWAIR® aussi longtemps que votre médecin l'aura prescrit. Cela favorisera le contrôle de votre asthme.

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez plus d'informations à votre médecin ou votre pharmacien.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, FLOWAIR® 10 mg, comprimé pelliculé est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

Dans les études cliniques avec FLOWAIR® 10 mg, comprimé pelliculé, les effets indésirables le plus fréquemment rapportés (chez plus de 1 patient traité sur 100 et moins de 1 patient traité sur 10) et considérés comme imputables à FLOWAIR® ont été :

- douleurs abdominales • maux de tête.

Ils ont été généralement peu graves et sont survenus avec une fréquence plus grande chez les patients traités par Montélukast que chez ceux recevant un placebo (un comprimé sans substance active).

La fréquence des effets indésirables possibles, listés ci-dessous, est définie selon la convention suivante:

Très fréquent (affectant au moins 1 patient sur 10)

Fréquent (affectant de 1 à 10 patients sur 100)

26. 12.22