

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : M 68 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Boumahi di Nohamed

Date de naissance : 01/01/1950

Adresse : AN B rue Tamgr cte de l'air

mais aussi casa

Tél. 0666034167 Total des frais engagés : 398,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur SERBOUTI NAJAT
Délégation de Sante
Nouaceur Casablanca
Centre de Sante Nouaceur
INP : 091040105

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/01/2023

Nom et prénom du malade : Benmoumene Radida Age :

Lien de parenté : Lui-même Sœur joint Enfant

Nature de la maladie : infection au bnp

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 : casa Le : 15/02/2023

Signature de l'adhérent(e) : S R ACCUEIL

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
931.11.23	C		6100	Docteur SERBOUT de Sante Délégation de Sante Nouaceur Centre de Sante Nouaceur Casablanca 09101051AT
6/12/2013	C		6100	Docteur SERBOUT de Sante Délégation de Sante Nouaceur Centre de Sante Nouaceur Casablanca 09101051AT

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RAYOUMEDU MAROC

MINISTÈRE DE LA SANTE
ET DE LA PROTECTION SOCIALE
DELEGATION DE NOUACEUR
CENTRE DE NOUACEUR

المملكة المغربية

وزارة الصحة والحماية الاجتماعية

مندوبية أقليم التواصرو PPV :

المركز الصحي التواصرو

Lot n°:

55,10

EXP :

PPV :



6118001320158

Lot n°:

55,10

EXP :

PPV :



LOT: 221534
PER: 12-2024
PPV: 62,40DH

Docteur SERBOUTI NAJAT
Délégation de Sante
Nouaceur Casablanca
Centre de Sante Nouaceur
INP: 091040105

ORDONNANCE

06/23/2023

BEN - MOUHEN RACHIDA

1) Lacerif

1 apply x 2 semaines
x 6 mois

62,40 2) Tegimuma crème

1 apply x 6 semaines

entre les oreilles

3) Diprosalic pde

1 apply sur le balcon
x 1 mois

55,10 x 4



Docteur SERBOUTI NAJAT
Délégation de Sante
Nouaceur Casablanca
Centre de Sante Nouaceur
INP: 091040105

Lot n°:

55,10

EXP :

PPV :



6118001320158

LOT : 755
PER : AVR 2025
PPV : 37 DH 60

IMODIUM 2MG GELULE
20 gél
P.P.V : 30DH50
6 11800010845



6 11800010845

10 gél x 3 mois

11

320,40



صيدلية الدروة PHARMACIE DEROUA

EL HAIK Fouad

الحادي فـؤاد

PHARMACIEN

صیدایی

Deroua Nouaceur R. P. 7
entre Médiouna et Berrechid

الدورة الفواصر ط 7

بیسن مددیوونہ و پرسشید

Tél. : _____

الهــاتف :

Deruoa, le

06/02/23

السدرة في

M M Al Momeni Racing السيد

السيد

PPV: 14DH00

PER: 10/24

LOT: K2749

e® 1000 mg
Comprimé



Le médicament contient 1000 mg, sous forme de paracétamol DC 90 (1111,11 mg), pour un comprimé.
Les autres composants sont : croscarmellose sodique, providone K30, amidon de maïs prégalatinisé, acide stéarique (origine végétale).

QU'EST -CE QUE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament contient du paracétamol. Il est indiqué en cas de douleur et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Il peut également être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose.

Cette présentation est réservée à l'adulte (à partir de 15 ans) :

Lire attentivement la rubrique "Posologie".

Pour les enfants de moins de 15 ans, il existe d'autres présentations de paracétamol. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

QUELLES SONT LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE PRENDRE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ?

Contre-indications :

Ne pas prendre DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé dans les cas suivants :
allergie connue au paracétamol, maladie grave du foie, enfant de moins de 15 ans.

PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ :

Précautions Particulières :

Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou en cas d'efficacité insuffisante ou de survenue de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin.

En cas de maladie grave du foie ou des reins, il est nécessaire de consulter votre médecin avant de prendre du paracétamol.

Mises en garde :

En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une dose trop élevée, consultez immédiatement votre médecin.

Ce médicament contient du paracétamol. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée (cf. chapitre "Posologie").

Grossesse et allaitement :

Le Paracétamol, dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant la grossesse ainsi qu'en cas d'allaitement.



PPV: 14DH00

PER: 10/24

LOT: K2749

e® 1000 mg
Comprimé



Le médicament contient 1000 mg, sous forme de paracétamol DC 90 (1111,11 mg), pour un comprimé.
Les autres composants sont : croscarmellose sodique, providone K30, amidon de maïs prégalatinisé, acide stéarique (origine végétale).

QU'EST -CE QUE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament contient du paracétamol. Il est indiqué en cas de douleur et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Il peut également être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose.

Cette présentation est réservée à l'adulte (à partir de 15 ans) :

Lire attentivement la rubrique "Posologie".

Pour les enfants de moins de 15 ans, il existe d'autres présentations de paracétamol. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

QUELLES SONT LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE PRENDRE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ?

Contre-indications :

Ne pas prendre DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé dans les cas suivants :
allergie connue au paracétamol, maladie grave du foie, enfant de moins de 15 ans.

PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ :

Précautions Particulières :

Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou en cas d'efficacité insuffisante ou de survenue de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin.

En cas de maladie grave du foie ou des reins, il est nécessaire de consulter votre médecin avant de prendre du paracétamol.

Mises en garde :

En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une dose trop élevée, consultez immédiatement votre médecin.

Ce médicament contient du paracétamol. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée (cf. chapitre "Posologie").

Grossesse et allaitement :

Le Paracétamol, dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant la grossesse ainsi qu'en cas d'allaitement.



19/10/00
05/25
L1708

ZIDE®

Nifuroxazide

Notice avant d'utiliser ce médicament car elle

la relire

informations à votre médecin ou à votre pharmacien. Ecrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être utile si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.

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.

FORMES ET PRÉSENTATIONS :

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

COMPOSITION :

Nifuroxazide (DCI)	p. gélule	p. boîte
	200 mg	3.2 g

Excipient à effet notoire : Saccharose

INDICATIONS :

Diarrhée aiguë présumée d'origine bactérienne en l'absence de suspicion de phénomènes invasifs (altération de l'état général, fièvre, signes toxi-infectieux...)

Le traitement ne dispense pas de mesures diététiques et d'une réhydratation si elle est nécessaire.

L'importance de la réhydratation par soluté de réhydratation orale ou par voie intraveineuse doit être adaptée en fonction de l'intensité de la diarrhée, de l'âge et des particularités du patient (maladies associées...)

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 exanthématique 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, chromaturie.

Tableau A (liste I)



bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Sébaâ - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

101004 - 12/19
idemco