

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

0 Réclamation	contact@mupras.com
0 Prise en charge	pec@mupras.com
0 Adhésion et changement de statut	adhésion@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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	12305	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	OTMANE
Nom & Prénom : EL MAROI			
Date de naissance : 16/06/83			
Adresse : CASA			
Tél. : 06 61 11 86 19 Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation : 29/03/2023			
Nom et prénom du malade : El Nondi Smaïl Age: 3			
<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : toux			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
<small>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.</small>			

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 : 29/03/23

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
29/03/2023	20	2	26,00	INP : 0817A3559 INPE : 0917-1284010 INPE : 0917-1284010 Radiologie Gynéco

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/03/23	173,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
			-
			-
			-
			-

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

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		
		$ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ B & 35533411 \quad 11433553 \end{array} $			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Therapeutique. nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION					

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Salma BENKIRANE

Pédiatre - Allergologue
Homéopathe
Ancienne interne
du CHU Ibn Rochd

دكتورة سلمى بنكيران

اختصاصية في أمراض الطفل والرضع
والحساسية ومرض الربو
المعالجة الأميوبياتية
طبيبة داخلية سابقة في مستشفى ابن رشد

29/03/2023 الدار البيضاء في : Casablanca, le :

EL MARDI ISMAIL

18,16 1) MERCURIUS SOLUBIL -T/9 CH

3 granules 6 fois par jour pendant 5 jours

18,16 2) APIS MELLIFICA -T/15 CH

3 granules 6 fois par jour pendant 5 jours

18,16 3) DROSERA -T/15 CH

10 granules le soir pdt 3 jours

18,16 4) STRAMONIUM -T/15 CH

3 granules par jour le soir pendant 1 mois

26,49 5) TOBREX COLLYRE

1 goutte 4 fois par jour pendant 7 jours

18,18 6) BRYONIA -T/9 CH

3 granules 6 fois par jour pendant 5 jours

18,18 7) KALIUM BICHROMICUM -T/9 CH

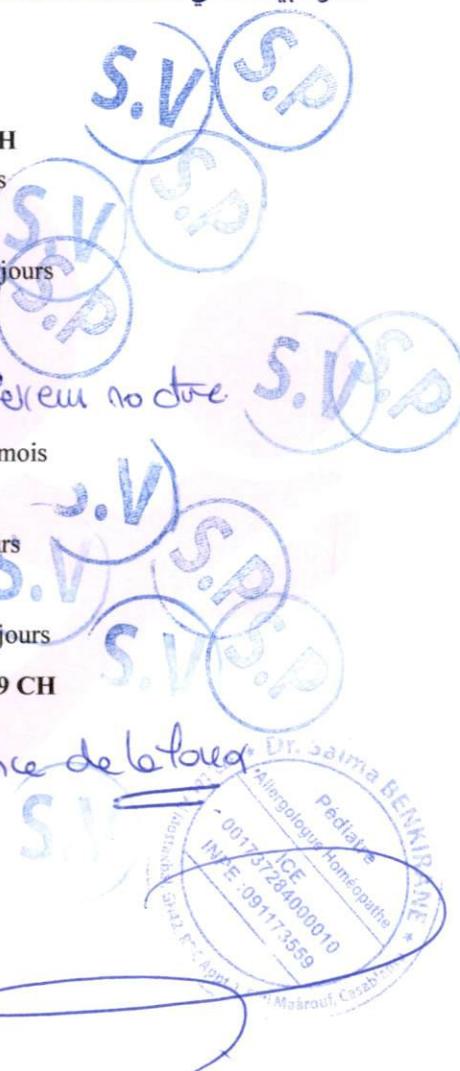
3 granules 6 fois par jour pdt 5 jours

36,20 8) ERLUS SIROP *si pénétrée de la toux*

2.5 ml par jour pendant 1 mois

173,60

STE PHARMACIE GOLF
Centre commercial - Leustours Golf cit
RDC N° 9 - Bouskoura - Casablanca
Tél: 0522 59 07 09





LOT 230386
EXP 01 2026
PHV 26 40



Tableau A (Liste I) - Uniquement sur ordonnance
جدول أ (لائحة أ) - يصرف بوجوب وصفة طبية

3. Comment utiliser TOBREX 0,3 %, collyre en solution ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver TOBREX 0,3 %, collyre en solution ?
6. Informations supplémentaires.

1. QU'EST-CE QUE TOBREX 0,3 %, collyre en solution ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : antibiotiques ophtalmiques - code ATC : S01AA12.

Ce médicament contient un antibiotique de la famille des aminosides : la tobramycine.

Ce médicament est indiqué dans le traitement local de certaines infections de l'œil dues à des bactéries pouvant être combattues par cet antibiotique : conjonctivites, kératites (inflammation de la cornée d'origine bactérienne) et ulcères de la cornée.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER TOBREX 0,3 %, collyre en solution ?

N'utilisez jamais TOBREX 0,3 %, collyre en solution :

- si vous êtes allergique à la tobramycine ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6.

Avertissements et précautions

Ce médicament est réservé à l'adulte et l'enfant de plus de 1 an.

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant d'utiliser TOBREX 0,3 %, collyre en solution.

- Utilisez TOBREX 0,3 %, collyre en solution seulement en gouttes dans les yeux.

- Si vous présentez des réactions allergiques avec TOBREX 0,3 %, collyre en solution, arrêtez le traitement et consultez

ations de l'utilisateur
%, collyre en solution
tobramycine
con de 5 ml

ent l'intégralité de cette notice
dicament car elle contient des
pour vous.

Irrez avoir besoin de la relire.
0/hs, demandez plus d'informations
pharmacien.
personnellement prescrit. Ne le
nnes. Il pourrait leur être nocif,
maladie sont identiques aux

ables devient grave ou si vous
able non mentionné dans cette
médecin ou votre pharmacien. Voir

ice ?

EX 0,3 %, collyre en solution et dans
formations à connaître avant d'utiliser
en solution ?

TOBREX 0,3 %, collyre en solution ?

Quels sont les effets indésirables éventuels ?

Comment conserver TOBREX 0,3 %, collyre en solution ?

Informations supplémentaires.

1. QU'EST-CE QUE TOBREX 0,3 %, collyre en solution ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : antibiotiques ophtalmiques - code ATC : S01AA12.

Ce médicament contient un antibiotique de la famille des aminosides : la tobramycine.

Ce médicament est indiqué dans le traitement local de certaines infections de l'œil dues à des bactéries pouvant être combattues par cet antibiotique : conjonctivites, kératites (inflammation de la cornée d'origine bactérienne) et ulcères de la cornée.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER TOBREX 0,3 %, collyre en solution ?

N'utilisez jamais TOBREX 0,3 %, collyre en solution :

- si vous êtes allergique à la tobramycine ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6.

Avertissements et précautions

Ce médicament est réservé à l'adulte et l'enfant de plus de 1 an.

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant d'utiliser TOBREX 0,3 %, collyre en solution.

- Utilisez TOBREX 0,3 %, collyre en solution seulement en gouttes dans les yeux.

- Si vous présentez des réactions allergiques avec TOBREX 0,3 %, collyre en solution, arrêtez le traitement et consultez

votre r
démar
réactio
réactio
antibio
(amino

• Si vo
par voi
demar

• Si vo
manière
deveni

• Si vo
myasti
votre r
la faibl

• Le p
trai tem

• Ce r
nium p
peut é
chang
applic
remett

provoc
syndr
transp
anorm
avoir

• Le
péri-
• Ne p
• Reb

En c
média

Enfa
TOBR
enfan
préco
Autre
soluti
Infor
récem
Gross

Si voi
être e
à voi
médic
état.

TOBR
penda
l'utilis
injecta
TOBR
l'allait

Cond
Vous

Lot :

Per :

PPY :

26, TD

®

l Sirop

ITATIVE :

0,5 mg

1 ml

hydroxybenzoate de méthyle,
sorbite, sorbitol, propylène glycol,

IQUE :

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE :

Antihistaminique non sédatif, d'action prolongée, exerçant un effet antagoniste sélectif sur les récepteurs H1 périphériques.

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT :

- La rhinite allergique.
- L'urticaire chronique idiopathique.
- Les démangeaisons et éruptions urticariennes.

ATTENTION

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT :

- Hypersensibilité à la substance active, à l'un des excipients, ou à la loratadine.

MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Ce médicament contient du sorbitol et du saccharose. Si vous avez une intolérance à certains sucres, contactez votre médecin avant de prendre ce médicament.
- Faites attention avec Erlus® si vous présentez une maladie des reins.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT :

L'utilisation d'Erlus® n'est pas recommandée durant la grossesse et l'allaitement.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES :

- Il n'y a pas d'interactions connues d'Erlus® avec d'autres médicaments.

CONDUITE DE VÉHICULES ET UTILISATION DE MACHINES :

A la dose recommandée, Erlus® ne rend généralement pas somnolent et ne diminue pas la vigilance.

Cependant, très rarement ont été rapportés des cas de somnolence susceptible