

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

- 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.

M23-013707

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6284 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Venise Haddadi Rokhal

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0695 103 465

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

19/05/03

Nom et prénom du malade : Haddadi Widode Age : 23 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dermatologie

Affection longue durée ou chronique :

ALD ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

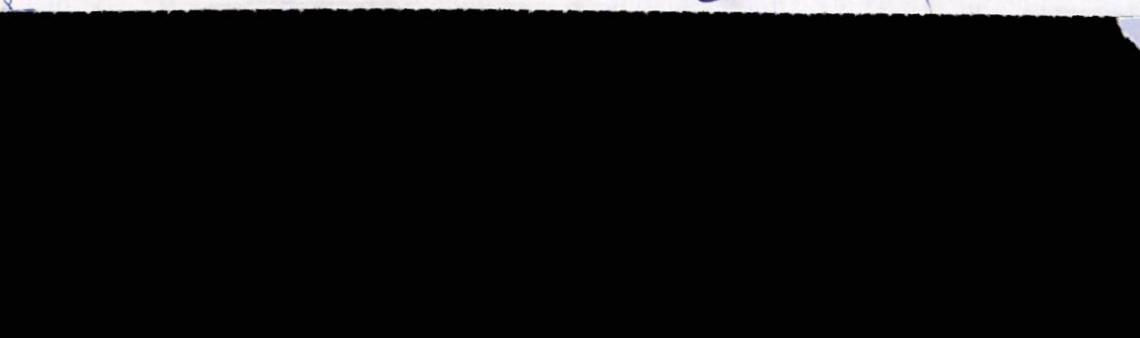
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Aliyah ASRI
Assurance Sociale et Retraite
Casablanca



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
19/07/2023			250,00	DOCTEUR Ahlam ASSEFI Permanatologie - Cosmétologie 181 Bd Reda Gdira (Ex Al nil) B.P. 2 Ben M'sick Casablanca Tél: 0522562013-Gsm:0662159216

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/07/2023	876,40

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
		AM	PC	IM	IV	

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 de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient DES TRAVAUX
	H, G, D, B			MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H, G, D, B	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr AHLAM ASRIRI

Spécialiste en Déermatologie
Médicale et Esthétique

Cosmétologie
Filler, bôtox, mésolift, peeling
Laser
Chirurgie Dermatologique
Cicatrices et tâches Pigmentaires
Dermatologie Pédiatrique

الدكتورة أحلام أسريري

طبيبة أخصائية في أمراض الجلد

الشعر والأظافر

طب التجميل
إزالة الشعر، الثنوب والأوشام بالليزر
إزالة البقع السوداء
أمراض الجلد وحساسية الأطفال
الأمراض التناسلية

Le : 19/05/2023

Haddouedi widal

88.40
1) Zoolgy 100 ml (cpl) le 300
pour 100 ml 338.00
2) Reparat
cliniderm + eau utiles 60.00
328.00 colo num 225.00
225.00
3) Neader en gel 200 ml 225.00
225.00
4) Neader 225.00
876.40

EL AMRANI AYDERRASSA
242 AV. SIDI DJEÏDOU
CASABLANCA
Tél: 05 22 56 20 13 - Gsm: 06 62 15 92 16
E-mail: ahlamasriri@yahoo.com
183, Bd Reda Gdira (ex. Nil)
2ème étage - Casablanca

183، شارع رضى اكديرة (النيل سابق)
قرب صيدلية أديبة - البيضاء

Docteur Dr.
Dermatologue
183 Bd Reda Gdira
Frig. 2 Béni M'Cid Casablanca
Tél: 0522512013 - Gsm: 0623302302

183، شارع رضى اكديرة (النيل سابق)
قرب صيدلية أديبة - البيضاء

EL AMIRANI ABDELLAH
PHARMA SARAU
342 AVENUE 16 NOVEMBRE
CITE DJEMAA L'ISLAMICA

338.00

225.00

225.00

ZADRYL® 10 mg

Comprimés pelliculés sécables
Boîtes de 15 et de 30 comprimés
Cétirizine Dichlorhydrate

- 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. N'en 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.

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

Composition qualitative et quantitative :

Comprimés :

CETIRIZINE (DCI) DICHLORHYDRATE 10 mg

Excipients.....q.s.p..... 1 comprimé

EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE :

Lactose.

Classe pharmaco-thérapeutique :

Antihistaminique H1 non anticholinergique.

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Contrairement aux antihistaminiques plus anciens, ZADRYL® n'a pas d'effets atropiniques ni, dans la majorité des cas, d'effet sédatif.

Il est utilisé dans le traitement des manifestations allergiques diverses : symptômes nasaux et oculaires de la rhinite allergique saisonnière ou perannuelle, urticaire.

COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?

POSOLOGIE :

- Adulte et adolescent de plus de 12 ans : 10 mg 1 fois par jour, soit un comprimé.
- Enfant de 6 à 12 ans : 5 mg 2 fois par jour soit ½ comprimé.
- Chez les patients ayant une insuffisance rénale modérée à sévère, la dose sera réduite à 5 mg une fois par jour, sur les deux jours selon la sévérité de l'insuffisance (clairance de la créatinine).

Si vous pensez que l'effet de ZADRYL est trop fort, consultez votre médecin.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION :

Voie orale.

Les comprimés sont à avaler avec une boisson, indifféremment pendant ou en dehors des repas.
NE DEPASSEZ PAS LA POSOLOGIE NI LA DUREE DE TRAITEMENT PRESCRITES PAR VOTRE MEDECIN.

DUREE DU TRAITEMENT :

N'arrêtez pas de vous-même le traitement.
Dans tous les cas, conformez-vous strictement à l'ordonnance de votre médecin.

ATTENTION !

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas suivants

- Hypersensibilité connue à la Cétirizine ou à l'un des composants ;
- Cas d'insuffisance rénale grave ;
- Enfants de moins de 6 ans.

EN CAS DE DOUCE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

EFFETS NON SOUHAITES ET GENANTS

COMME TOUS LES MEDICAMENTS, ZADRYL®, EST SUSCEPTIBLE D'AVOIR DES EFFETS INDESIRABLES, SURTOUT DURANT LA PREMIERE OU LES DEUX PREMIERES SEMAINES DE TRAITEMENT.

- Somnolence, fatigue, vertiges, céphalée, maux de tête et plus rarement, sécheresse de la bouche, troubles de l'accommodation.
 - D'autres effets indésirables ont également été observés :
 - peu fréquemment : nausées, diarrhée, agitation, douleur abdominale, fourmillement des extrémités, éruption cutanée, asthénie (fatigue extrême), malaise, paresthésie, prurit ;
 - rarement : convulsions, confusion, tachycardie, augmentation des transaminases réactions allergiques, parfois graves, anomalie du fonctionnement du foie, prise de poids, mouvements anormaux, agressivité, dépression, hallucination, insomnie, urticaire ;
 - très rarement : thrombocytopénie, tremblements, altération du goût, œdème de Quincke, diminution du nombre des plaquettes sanguines, vision floue, crises oculogyrées (mouvements circulaires incontrôlés des yeux), syncope, difficulté à uriner, tic, érythème pigmenté fixe.
- VOUS AVEZ RESENTI UN EFFET INDESIRABLE SUSCEPTIBLE D'ETRE DUE A CE MEDICAMENT, INFORMEZ IMMEDIATEMENT VOTRE MEDECIN OU VOTRE PHARMACIEN.
- Vous ne devez pas dépasser la dose recommandée.

ANDES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS

Il existe un risque de convulsions en cas d'épilepsie ou

chez les patients présentant une insuffisance rénale sévère, une insuffisance hépatique sévère ou une insuffisance rénale modérée associée à une insuffisance hépatique modérée. Ces effets peuvent être constatés avec des doses recommandées ou inférieures.

Il existe un risque de convulsions chez les patients présentant une insuffisance rénale sévère ou modérée.

L'utilisation de ZADRYL® est contre-indiquée chez les patients présentant une insuffisance rénale sévère ou au galactose, un déficit en lactase de Lapp ou de sucre de lactose, une malabsorption du glucose ou du galactose (maladies héréditaires rares).
EN CAS DE DOUCE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.