

# 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.

Maladie

Dentaire

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6624

Optique  
0661993361

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

M. ABDIANE KHADISIA

Date de naissance :

10/08/1960

Adresse :

Route 26 Avenue Moulay Yacoub N° 11

Localité :

Casab

Télé. :

0661993361

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

23

Nom et prénom du malade :

M. ABDIANE KHADISIA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Toux + Cély ORL

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) :



## **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
23/11/23	Vég	général		

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INN 092062066 Centre Médical et de Soins N° 3 Allée du Lion face Radiologie Anvers Rabat. Tél. 0524 25 25 25		378,15

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

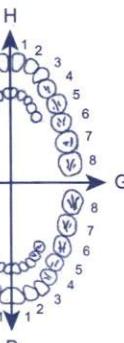
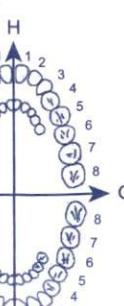
#### AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **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												
				CŒFFICIENT 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 PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">H</td><td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td><td style="padding: 5px;">00000000</td><td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px; border-top: none;">G</td><td style="padding: 5px; border-top: none;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px; border-bottom: none;">B</td><td style="padding: 5px; border-bottom: none;">11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G		00000000	B		11433553	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
G		00000000													
B		11433553													
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, 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**

WAD HOUSSAINI ARAQI

EDECIN EXPERT ASSERMENTE  
PRES DES TRIBUNAUX

ECHOGRAPHIE

OME DE LA FACULTE DE MEDECINE  
DE STRASBOURG (FRANCE)

MEMBRE DE L'ASSOCIATION MAROCAINE  
DE FERTILITE ET DE CONTRACEPTION



الدكتور جواهير حسيني عراقي

طبيب خبير محلل لدى المحاكم

الفحص بالصدى

حاائز على دبلوم الفحص بالصدى  
من كلية الطب بستراسبورغ

عضو الجمعية المغربية للبحث  
في الخصوبة ووسائل منع الحمل

المستعجلات  
Urgences  
06 61 14 44 02

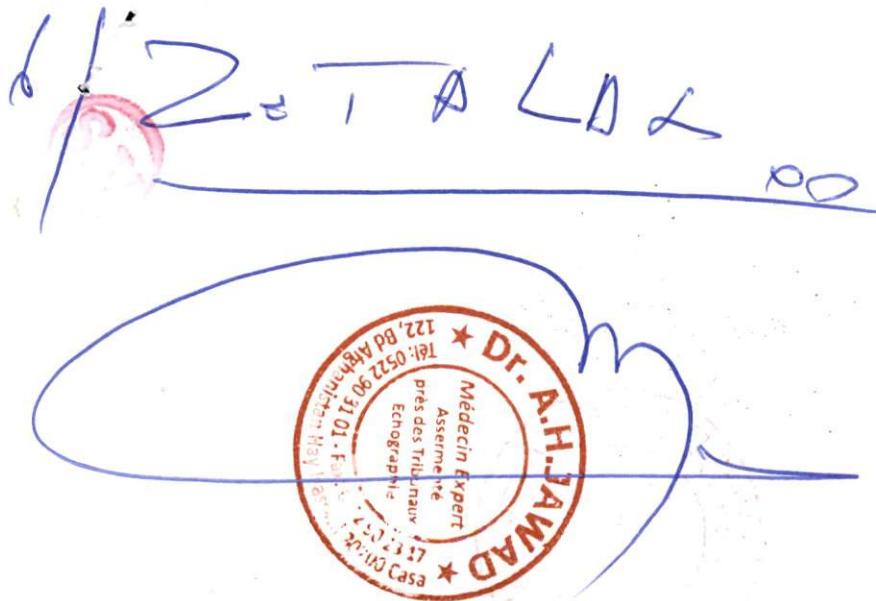


Casablanca, le :

23/11/23  
MAZAN KHMAYA

170,00 S.A.O. FIKOU  
15,30 Doliprane 100  
46,00 3/ Dyst 100  
20,00 4/ Dantil 193  
25,60x2 5/ AMOP 500  
49,10





**LOT 222658 1  
EXP 08 2027  
PPV 46,00 DH**



PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :



LOT 221040  
EXP 07/2025  
PPV 25.60 DH

49,40



# OFIKEN®

## Céfixime

### Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

- Elle contient des informations importantes sur votre traitement.
- Si vous avez d'autres questions, 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, car cela pourrait lui être nocif.
- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

### DENOMINATION :

OFIKEN® 200 mg, comprimés pelliculés.

OFIKEN® 100 mg/5 ml, poudre pour suspension buvable.

### COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE :

#### OFIKEN® 200 mg, comprimés pelliculés

Céfixime trihydraté, quantité correspondant à céfixime anhydre ..... 200 mg  
Excipients..... q.s.p un comprimé pelliculé.

#### OFIKEN® 100 mg/5 ml, poudre pour suspension buvable

Céfixime trihydraté, quantité correspondant à céfixime anhydre ..... 100 mg  
Excipients..... q.s.p 5 ml de suspension reconstituée.

### FORME PHARMACEUTIQUE ET PRÉSENTATION :

OFIKEN® 200 mg, comprimé pelliculé, boîtes de 8 et 16.

#### OFIKEN® 100 mg/5 ml :

Poudre pour suspension buvable en flacon de 30 ml soit 150 doses/kg

Poudre pour suspension buvable en flacon de 60 ml soit 300 doses/kg

Poudre pour suspension buvable en flacon de 100 ml soit 500 doses/kg

Toutes les présentations peuvent ne pas être commercialisées.

### CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE :

Antibiotiques de la famille des bêta-lactamines du groupe d'

ération.

### DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

#### Comprimé pelliculé :

Ce médicament est indiqué dans le traitement des :

- Otites et sinusites aiguës,
- Infections bronchiques et pulmonaires,
- Certaines infections urogénitales.

#### Poudre pour suspension buvable :

Ce médicament est indiqué chez l'enfant de plus de 6 mo

- Infections bronchiques et pulmonaires,
- Otites moyennes aiguës,
- Certaines infections urinaires.

### ATTENTION !

#### a) Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament ?

#### Poudre pour suspension buvable et comprimé pelliculé :

• Allergie connue aux antibiotiques du groupe des céphalosporines, ou à l'un des excipients de ces médicaments.

#### Comprimé pelliculé :

- Enfant de moins de 12 ans.

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

#### b) Mises en garde spéciales et précautions d'emploi :

#### Mises en garde spéciales :

Toute manifestation allergique (éruption cutanée, démangeaison...) en cours de traitement doit être signalée immédiatement à votre médecin. En effet, la survenue d'une réaction allergique impose l'arrêt du traitement. Il existe une possibilité d'allergie (5 à 10% des cas) chez les sujets allergiques aux pénicillines ou autres bêta-lactamines. Signaler à votre médecin toute allergie ou manifestations allergiques survenues lors de traitement par les antibiotiques du groupe des pénicillines.

En cas de diarrhée survenant au cours du traitement, prenez rapidement avis auprès de votre médecin. Ne prenez pas de traitement antidiarrhéique sans prescription médicale.

Si vous avez déjà eu une anémie hémolytique après la prise d'un antibiotique de la famille des céphalosporines