

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

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **8630** Société : **RAN.**
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : **CHOUKAIRY SAID**
Date de naissance : **16/02/71**
Adresse : **11 Rue de Veny Appt 7 BBL/BSR/CASA**
Tél. : **06 66 13 27** Total des frais engagés : **668,60** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
**Dr. CHOKAYRI FATIMA
MEDECINE GENERALE - ECHOGRAPHIE
NUTRITION DIETETIQUE - GYNECOLOGIE MEDICALE
02, BD ABDELLAH SENHAJI HAY AMAL
05 22 80 33 37 - CASA - INP 05 31 200**
Date de consultation : **26/12/83**
Nom et prénom du malade : **CHOUKAIRY SAID** Age :
Lien de parenté : Enfant Conjoint Enfant
Nature de la maladie : **Allergie Naso-Sinusienn**
Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : **ACOUEIL**
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 : **Le 20/12/2013** Le : **20/12/2013**
Signature de l'adhérent(e) : **SAID CHOUKAIRY**

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
20/11/2020		100	100	 Dr. CHOUAYRI FATIMA MEDECINE GENERALE - ECHOGRAPHIE NUTRITION DIETETIQUE - GYNECOLOGIE MEDICALE 102 BD ABDELLAH SENNAJI HAY AMAL 90 33 37 - CASA - INP 091042200

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

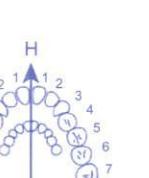
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	<table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000		00000000		B		35533411		11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H															
25533412	21433552														
00000000															
00000000															
B															
35533411		11433553													
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															
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 CHOKAYRI - ZAOUAK Fatima.

MÉDECINE GÉNÉRALE
ÉCHOGRAPHIE

Diplôme de la Faculté de Médecine
de Montpellier (France)

Nutrition - Diététique

Diabétologie - Gynécologie Médicale

Suivi de Grossesse

001697323000026



الدكتورة شقيري زواق فاطمة

الطب العام

الفحص بالصدى

دبلوم كلية الطب بمونبولي فرنسا

التضخيمية الحمية

أمراض السكري - أمراض النساء

متابعة الحمل

INP : 091042200

Casablanca, le

20/12/23
الدار البيضاء، في

Choukayri - Saïd

19000

le 09/12/23



2 pulvériseur de
chlore n°25 en plastique

78,29

le 09/12/23



268,29

le 09/12/23

CLINIQUE EL MOUTAKBAL
CHIRURGIE GÉNÉRALE
63, Bd Erfoud Hay El Moutakbal
Ain Chock Casablanca
Tél : (022) 21.99.76



05 22 80 33 57

Dr. CHOKAYRI FATIMA
MÉDECINE GÉNÉRALE - ÉCHOGRAPHIE
NUTRITION DIÉTÉTIQUE - GYNECOLOGIE MÉDICALE
102, BD ABDELLAH SENHAJI HAY AMAL
102, 13 37 - CASA - INP 091042200

شارع عبد الله الصنهاجي - حي الأمل مقابل المسجد - الدار البيضاء
102, Boulevard Abdellah Senhaji - Hay El Amal - Casablanca

Aeromax®

Budésonide

LOT:036S003A

PER:01/2024

N° d'AMM 149/21/NR Qd/DMP/VHA/18

PPV : 190,00 DH

Aeromax®

Budésonide

100 µg

1 dose

Flacon pulvérisateur : Chlorure de Benzalkonium, Glucose.

INDICATION :

Sous forme de pulvérisation nasale à 100 µg/dose; flacon pulvérisateur de 22 g suffisant pour 200 doses.

INDICATIONS :

TraITEMENT de la rhinite allergique saisonnière ou perannuelle de l'adulte et de l'enfant de plus de 6 ans.

TraITEMENT symptomatique de la polyposé nasale de l'adulte.

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :

Posologie : Adulte et enfant de plus de 6 ans : 1 application (100 µg) dans chaque narine, matin et soir. Le traitement sera poursuivi en s'efforçant de diminuer progressivement les doses dès l'amélioration des symptômes (en général 1 à 2 semaines). Chez les malades âgés ou avec insuffisance hépatique ou rénale, il n'est pas nécessaire de faire des altérations de la dose recommandée.

Mode d'administration : Agiter le flacon avant emploi. Lors du premier usage, agiter le flacon et amorcer la pompe par quelques pulvérisations dans l'air. Si l'appareil n'est pas utilisé quotidiennement, il doit être réamorcé de nouveau en pompant simplement une fois dans l'air.

Nettoyage : il convient de nettoyer régulièrement la partie supérieure en plastique. Pour cela, le bouchon et l'embout nasal seront ôtés et les parties en plastique seront rincées à l'eau chaude puis séchées complètement avant d'être remises en place.

CONTRE-INDICATIONS :

- Allergie à l'un des composants.
- Troubles de l'hémostase, notamment épistaxis.
- Infection oro-bucco-nasale et ophtalmique par herpès virus.

REF 79H20
PER 02/24
EST 1808



LOREUS® 5 mg
dine

Comprimé pelliculé, Boîte de 7, 15 et 30

avant de prendre ce médicament.

la relire.

oute, demandez plus d'informations à votre médecin

Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en
nocif.

si vous remarquez un effet indésirable non mentionné
à votre pharmacien.

da

Composition du médicament :

Desloratadine 5 mg
Pour un comprimé pelliculé.

Les autres composants sont :

Lactose anhydre, cellulose microcristalline, amidon 1500 LM, oxyde de Magnésium, stéarate de magnésium, eau purifiée, opadry bleu.

Excipients à effet notoire : Lactose anhydre.

Classe pharmaco-thérapeutique ou le type d'activité :

LOREUS® 5mg comprimé pelliculé est un médicament contre l'allergie qui ne vous rend pas somnolent. Il aide à contrôler votre réaction allergique et ses symptômes.

Indications thérapeutiques :

LOREUS® 5mg est indiqué chez l'adulte et l'adolescent (12 ans et plus).

LOREUS® 5mg soulage les symptômes associés à la rhinite allergique (inflammation nasale provoquée par une allergie, par exemple, le rhume des foins ou l'allergie aux acariens) chez les adultes et adolescents de 12 ans et plus. Ces symptômes comprennent les éternuements, le nez qui coule ou qui démange, les démangeaisons du palais, les yeux qui démangent, qui sont rouges ou larmoyants.

LOREUS® 5mg est aussi utilisé pour soulager les symptômes associés à l'urticaire (atteinte cutanée provoquée par une allergie). Ces symptômes comprennent les démangeaisons et éruptions urticariennes. Le soulagement de ces symptômes dure toute la journée et vous aide à poursuivre vos activités quotidiennes normales et préserve votre sommeil.

Posologie :

Adultes et adolescents (12 ans et plus) : prendre un comprimé une fois par jour.

Avalez le comprimé en entier avec de l'eau, au moment ou en dehors des repas.

Mode d'administration :

Voie orale.

Durée de traitement :

Concernant la durée du traitement, votre médecin déterminera le type de rhinite allergique dont vous souffrez et déterminera la durée pendant laquelle vous devrez prendre LOREUS® 5mg.

Concernant l'urticaire, la durée du traitement peut être variable d'un patient à l'autre et vous devez donc suivre les instructions de votre médecin.

Fréquence d'administration :

Si votre rhinite allergique est intermittente (présence de symptômes sur une période de moins de 4 jours par semaine ou sur une période inférieure à 4 semaines), votre médecin vous recommandera ce traitement pour une durée qui dépendra de l'évaluation des antécédents de votre maladie.

Si votre rhinite allergique est persistante (présence de symptômes sur une période de 4 jours ou plus par semaine et pendant plus de 4 semaines), votre médecin peut vous recommander ce traitement pour une durée plus longue.

Contre-indications :

Ne prenez jamais LOREUS® 5mg, comprimé pelliculé :

Si vous êtes allergique (hypersensible) à la desloratadine, à l'un des autres composants contenus dans LOREUS® 5mg, ou à la loratadine.

Effets indésirables :

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

Si vous ressentez l'un de ces effets indésirables graves, arrêtez de prendre le médicament et consultez d'urgence un médecin.

Fréquent : pouvant affecter jusqu'à 1 personne sur 10

- fatigue,
- sécheresse de la bouche,
- maux de tête,

Très rares : pouvant affecter jusqu'à 1 personne sur 10 000

- réactions allergiques sévères,
- éruption cutanée,