

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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Matricule : 12658		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e)		<input type="checkbox"/> Autre : 25 kazi richam N 50948	
Nom & Prénom : 19/09/1988			
Date de naissance :			
Adresse : Bouskoura Golf City Villa 405 Bouskoura			
Tél. : 0663285616		Total des frais engagés : 415,30 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Dr. Mohamed EL-HOUARI
PEDIATRE
Spécialiste diplômé de la Faculté de Paris
75, Bd Al Massira Al Khadra-Casablanca
Tél: 05 22 99 57 35 - 05 22 99 57 39

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 5 JAN. 2024

Nom et prénom du malade : Zedrossi Amzat Latifa

Lien de parenté : Lui-même

Nature de la maladie : Rhume grippal

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 Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 5 / 1 / 2024

VOLET ADHÉRENT

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
15 JAN 2014	C 8	1	300,00 DH	INP : INPE : 091053728 Dr. Mohamed EL-HOUARI PEDIATRE Spécialiste diplômé de la Faculté de Paris 25, rue ALMA, 75116 Paris Signature : Dr. Mohamed EL-HOUARI

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE DE LA MOURA AL KHAD De la Rue Al Khadra 83 Bata P.O. Box 7028 - C 81100 DAKAR Sénégal	05/01/2014	115,30

INPE

ANALYSES - RADIographies

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mohamed El HOUARI
SPECIALISTE DIPLOME DE LA FACULTE DE
MEDECINE DE PARIS
PEDIATRE

Toxicologie et Pharmacologie Clinique

Asthme de l'enfant

Membre de la société Francisee
de Pédiatrie
SUR RENDEZ-VOUS

Casablanca, le

05 JAN. 2024

الدكتور محمد الهواري

خريج كلية الطب بباريز

اختصاصي في أمراض الأطفال

أمراض التسمم و بحث الأدوية

أمراض الربو للأطفال

PHARMACIE AL ALIA
Dr BECHEROUN Driss
83, Bd Al Massira Al Khadra
Tél 05 22 22 79 28

عضو في الجمعية الفرنسية لطب الأطفال

بالموعد

الدار البيضاء في

Zekri Lya

05/01/2024

Opferen 100

Dose de 14 by mat
et soi 8 Jours

bonne vente

100 celi / mat
mishi et soi Jour
que lue le tout -

Ciprofloxacin 250 mg par mat
et soi faire une dose le

Toux

Dr. Mohamed El-HOUARI

PEDIATRE

Spécialiste diplômé de la Faculté de Paris

Al Massira Al Khadra Casablanca

0522 99 57 38 / 0522 99 57 39 العادة : العنوان : 75 شارع المسيرة الخضراء 5522 99 57 39

75, Bd Al Massira Al Khadra - Casablanca

Téléphone : C. : 05 22 99 57 38 / 05 22 99 57 39 - Fax : 05 22 99 57 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 problème, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Céfixime est un antibiotique. Il ne guérit pas les maladies virales.

OFIKEN 100 mg/5 ml

Poudre pour suspension buvable

Flacon de 60 ml

Remboursable AMO



6 118000 0 22367

FORME PHARMACEUTIQUE ET PRÉSENTATION :
comprimé pelliculé, boîtes de 8 et 16.

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

dre 200 mg
..... q.s.p un comprimé pelliculé.
..... 100 mg
..... q.s.p 5 ml de suspension reconstituée.

150 doses/kg
300 doses/kg
soit 500 doses/kg
alissées.

ce des céphalosporines de 3^{ème} génération.

93,40

mois, dans le traitement des :

é :
halosporines, ou à l'un des excipients de ces médicaments.

1. DENOMINATION DU MEDICAMENT :

BUTOVENT® 0,04%, sirop- flacon de 150 ml
Salbutamol

Enfants de 6
fois par jour.
Enfants de 2
fois par jour.
Enfants de n
par jour (1 m)

Veuillez lire attentivement l'intégralité
prendre ce médicament.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir
Si vous avez toute autre question,
demandez plus d'informations à votre
pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement
donnez jamais à quelqu'un d'autre, même
identiques, cela pourrait lui être nocif.

Si l'un des effets indésirables devient
remarquez un effet indésirable devient
remarquez un effet indésirable non mentionné
parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

2. COMPOSITION D

Sulfate de salbutamol

Quantité correspondante

Excipients : saccharose, méthyl-p-hydroxybenzoate, citrique monohydrate, fruits, eau purifiée.

Liste des excipients :

Saccharose, sorbitol, propyl-p-hydroxybenzoate.

3. CLASSE PHARMACOLOGIQUE

Le salbutamol, principal bêta-adrénergique, bronchiques avec une action

4. INDICATIONS

BUTOVENT® 0,04%

- Asthme bronchique, d'asthme, traitement de la fréquence des crises

- Bronchites astmatiformes, emphysème pulmonaire chronique (obstruction bronchique- astmatique), bronchites spastiques concomitantes à d'autres affections broncho-pulmonaires.

5. POSOLOGIE :

Le médecin vous prescrit un dosage adapté au degré de gravité de la maladie.

Sauf avis contraire du médecin, le sirop de Butovent doit être pris aux doses suivantes:

Adultes et enfants de plus de 12 ans: 2-4 mg (= 1-2 grandes mesures de 5 ml) 3-4 fois par jour.

Butovent® 0,04%

Salbutamol
Sirop - Flacon de 150 ml
PROMOPHARM S.A.



6 118000 240228

Butovent. lo

Butovent®

0,04 %

Salbutamol

21,90

Des cas isolés d'accélération de trouble vomissements d'oppression d'insomnie), problèmes de circulation dans les lèvres et de circulatoires Dans ces cas