

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 : 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.

MUPRAS :Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-464077

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e) 231194			
Matricule : 11532	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	GHALMI ABDEL AJI D
Nom & Prénom :		Date de naissance :	
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés : Dhs	
Dr. Abdelhak Zakir Pédiatre N°13, Bd. Ain Taoujale 1er Etage App. N°1 - Casablanca Tél : 05.22.48.67.66 / 06.66.99.99.94 GSM : 06.61.14.45.00			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : Ghalmi yasmine Age :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : vaccin			
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 : 03/03/2020 Lé : 1			
Signature de l'adhérent(e) : AL SIEGE HA			



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
14.02.2020	CS	250		INP : 05110418 Dr. Abdelhak Zakir N°13, Bd. Ain Taâdla, 1er étage, Agadir Pédiatre Tel : 05 22 48 67 20

EXECUTION DES ORDONNANCES

Céder du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
El Ghazali CASABLANCA	14/02/2020	168,00
PHARMACIE LES INDES BOUAFIA MOIREE	14-02/2020	391,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Important :

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

A dental arch diagram showing a series of numbered teeth from 1 to 6 on both the upper and lower arches. The teeth are arranged in a curve, with a central vertical arrow pointing downwards, indicating the direction of bite or occlusion.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdelhak ZAKIR

Pédiatre

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier
Ancien Assistant & Ancien Praticien Hôpitalier
des Hôpitaux de France
Diplômé en Réanimation Néo-natale
Diplômé en Médecine Focale
Diplômé en Rééducation Fonctionnelle Respiratoire

الدكتور عبد الحق زكير

اختصاصي في أمراض الطفل والرضيع

خريج كلية الطب بموطولي

طبيب مساعد سابقاً بمستشفيات فرنسا

مجاز في إنعاش الرضيع

مجاز في طب الجنين

مجاز في ترويض أمراض الجهاز التنفسي

Dr. A. ZAKIR

Casablanca, le : 14/2/20

21.90 for tooth 12 months 21 - 6

17.70 Cesque teeth 10

39.60

PHARMACIE LES TRÉSSES SARL
164, Bd d'Anfa Angle Rue
Molére, Casablanca
Télé Professionnel: 35621913
R.C. 25042

Dr. Abdelhak ZAKIR
Pédiatre
Casablanca Tel.: 0522 48 67 66 / 06 66 99 99 94
Fax: 0522 48 66 66 / 06 66 99 99 94
EN CAS D'URGENCE : 06 61 14 45 00

میکروپلیمر میکروپلیمر (M-M-R® II)

لقاء من ثلاثة فيروسات حية مُوهنة ضد الحصبة والنكاف والحميراء

لِفَالَّكَ هَذَا الدُّوَاءُ لَأَنَّهَا تَحْتَوِي عَلَى مَعْلُومَاتٍ

هذه عبارة عن نشرة معلومات حول MMR® II

أمثلة على هذه النحو

ANSWER

— 1 —

Respecter les doses prescrites

لتحت موا الف رعبات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I

يصرف فقط بوجود صفة طيبة - قائمة 1

Distribué par MSD Maroc, BP 136 Bouskoura

PPV: 168.10 DH

مسح حرب ۱۹۴۷-۱۹۴۸
بیانیه ایالتی اسرائیل

متناسبات او مناسبات

ماذا تحتوي هذه النشرة:

ما الغرض منتناوله؟

هي المعلومات التي يجب معرفتها قبل تناول R II

ف-شاتول M-M-R II

هي الاعراض الجانبية المحتملة؟

فِي مَرْكَبَةِ مَمْلُوكَةِ مَلَكِ الْمُلُوكِ

نومات إضافية :

ما هو M-M-R II وما الغرض من تناوله

1. ما هو M-M-R II وما الغرض من تناوله؟

II M-R م هو لقاح من فيروسات حية موهنة ضد الحصبة والنكاف والحميراء. فهو لقاح من فيروسات حية موهنة يؤخذ عن طريق الحقن. وعادة ما يعطي هذا اللقاح للأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين سنة واحدة أو أكثر. وذلك بغض النظر المساعدة على الوقاية من الحصبة والنكاف والحميراء.

تحتوى II M-M-R على أشكال موهنة من فيروسات الحصبة والنكاف والحميراء.

يعلم II M-M-R على مساعدة الجهاز المناعي الخاص بك أو بطفلك على حماية نفسه من الحصبة ، النكاف أو الحبراء .

لا يمكن M-M-R II من حماية كل الذين يتلقونه . فهو لا يعالج الحصبة أو النكاف أو الحميرة بعد اكتساب الماعة طفلاً يعا

٢. ما هي المعلومات التي يجب معرفتها قبل تناول **M-M-R II** ؟

ما الذي يجب على أن أعرفه عن الحصبة والنكاف والحميراء؟

تعرف الحصبة أيضا باسم الحميرة الألمانية، وهو مرض خطير. فإذا أصبت بفروس الحصبة، يمكن أن تنقله إلى الآخرين بسهولة. يمكن للحصبة أن يتسبب في حمى شديدة وسعال وطفح الجلدي. ويمكن للمرض أن يمتد من أسبوع واحد إلى أسبوعين. كما يمكن في حالات نادرة أن يتسبب في التهاب الدماغ. الأمر الذي قد يؤدي إلى نوبات شنج، وفقدان السمع، وتخلف ذهني، وحتى الوفاة.

Docteur Abdelhak ZAKIR
Pédiatre

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier
Ancien Assistant & Ancien Praticien Hospitalier
des Hôpitaux de France
Diplômé en Réanimation Néo-Natale
Diplômé en Médecine Foetale
Diplômé en Rééducation Fonctionnelle Respiratoire

الدكتور عبد الحق زكير

إخلاصي في أمراض الطفل والرضيع
خريج كلية الطب بمونبولي
طبيب مساعد سابقاً بمستشفيات فرنسا
جاز في إنعاش الرضيع
جاز في طب الجنين
جاز في ترويض أمراض الجهاز التنفسي

Ghalmi yasmine

Casablanca, le : 16.10.2020

168,00 m-m-R



PHARMACIE LES TERRASSES MARINES
17, Rue El Ghazali
Casablanca

Dr. Abdelhak Zakir
Pédiatre
N°13, Bd. Ain Taoujتate 1er étage App. N°1 - Casablanca
Tél : 05.22.48.67.66 / 06.66.99.99.94
GSM : 06.61.14.45.00

1. DENOMINATION DU MEDICAMENT :

~~BU TOVENT® 0,04%, sirop~~ - flacon de 150 ml Salbutamol

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 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, 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.

2. COMPOSITION DU MEDICAMENT :

Sulfate de salbutamol (DCI) 0,048 g

Quantité correspondant à salbutamol 0,040 g

Excipients : saccharose, sorbitol liquide, glycol proprié, méthyl-p-hydroxybenzoate, citrate de sodium bibasique, essences de citrique monohydrate, propyle de sodium bibasique, essences de fruits, eau purifiée.

Liste des excipients à effet notable : Saccharose, sorbitol liquide, méthyl-p-hydroxybenzoate, propyl-p-hydroxybenzoate.

3. CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE :

Le salbutamol, principe actif de Butovent, est un stimulant bêta-adrénergique, sélectif sur les récepteurs bêta-2 bronchiques avec une activité bronchodilatatrice.

4. INDICATIONS

BUTOVENT® 0,04%, sirop est indiqué en cas de :
- Asthme bronchique : traitement épisodique de la crise d'asthme, traitement de fond et d'entretien pour réduire la fréquence des crises.

- Bronchites asthmatiformes, emphysème pulmonaire chronique (obstruction bronchique, asthmatique), bronchites spasmatiques concomitantes à d'autres affections broncho-pulmonaire.

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 mesurettes de 5 ml) 3-4 fois par jour.

Enfants de 6-12 ans: 2 mg (= 1 grande mesurette de 5 ml) 3-4 fois par jour.

Butovent® 0,04%

Salbutamol

1 de 4 fois

1 est

ques

fer à

vol

scrif.

vous

u au

co

ne

En

bu

de

me

béta

Buto

de

ains

jeûs

sirop

sirop



21,90

7. Effets secondaires :
Comme tous les médicaments, le sirop est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet. L'utilisation de Butovent peut provoquer les effets secondaires suivants:

Fréquemment de légers tremblements (surtout aux mains), maux de tête, occasionnellement des palpitations cardiaques, dans de très rares cas des crampes musculaires transitoires peuvent survenir. Tous ces effets indésirables disparaissent en général lors d'une utilisation régulière.

Veillez informer votre médecin de la survenue de tels effets indésirables, mais sans interrompre le traitement prématûrement.

Occasionnellement, il peut se produire une excitation chez les enfants.

Des cas isolés de troubles du rythme cardiaque (extrasystoles, accélération du pouls), de nervosité, d'augmentation de l'appétit, de troubles gastro-intestinaux (tels que nausées et vomissements), de sensation de malaise, de vertige, d'oppression au niveau du thorax, de fatigue (mais également d'insomnie), d'irritabilité, de transpiration abondante et de problèmes de miction ont également été rapportés.

Dans de très rares cas, des manifestations d'hypersensibilité, comme par exemple des éruptions cutanées, un œdème des cirrulatoires peuvent survenir.

Dans ces cas-là prévenez immédiatement votre médecin, il en va

**COQUELUSEDAL PARACETAMOL 100 mg, suppositoire
COQUELUSEDAL PARACETAMOL 250 mg, suppositoire
COQUELUSEDAL PARACETAMOL 500 mg, suppositoire**

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament. Les informations importantes pour votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez à votre médecin ou à votre pharmacien.

- Ce médicament peut être utilisé en automédication c'est-à-dire sans prescription d'un médecin.
- Si les symptômes persistent, s'ils s'aggravent ou si de nouveaux symptômes apparaissent, demandez l'avis de votre pharmacien ou de votre médecin.
- Cette notice est faite pour vous aider à bien utiliser ce médicament. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à les poser à votre pharmacien ou à votre médecin.

NE LAISSEZ PAS CE MEDICAMENT A LA PORTEE DES ENFANTS.

Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE COQUELUSEDAL PARACETAMOL, suppositoire ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?
 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER COQUELUSEDAL PARACETAMOL, suppositoire ?
 3. COMMENT UTILISER COQUELUSEDAL PARACETAMOL, suppositoire ?
 4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
 5. COMMENT CONSERVER COQUELUSEDAL PARACETAMOL, suppositoire ?
 6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES
- 1. QU'EST-CE QUE COQUELUSEDAL PARACETAMOL, suppositoire ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?**

Ce médicament est un antipyrétique, antalgique et antitussif.

Il est indiqué dans :

