

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.

Biologie 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.

Traitement :

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

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 Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal 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° P19-0013033

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6986 Société : DAM -
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SERBANT Abdelhakim Date de naissance : 15/07/1959
Adresse : Hay A Lwala Tanlis 13 Tam 23 N° 14 Secteur II Attachement casa.
Tél : 0666 89 14 78 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :


[Signature]



RELEVÉ 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		56,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

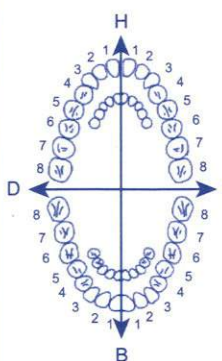
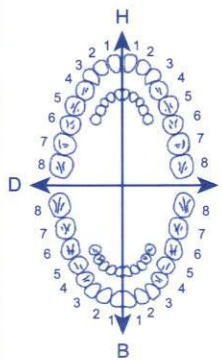
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT 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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

صيدلية سحنون

PHARMACIE SAHNOUN

SAHNOUN FATIHA

Docteur en Pharmacie



FACTURE

N° 100223

Casablanca le, : Mr. : Senbouthi Abdelkader

Quantité	Désignation	Prix U.	Prix T.
01	Rinomic 8	01	22.70
01	Sm y — 200	01	34.00
			56.70
cette facture Ameter a la somme de 56.70			



سوركام® 100 ملغ

حمض تيابروفينيك
أقراص قابلة للسكر

- أظف
(الجرعة)

في حالة الشك، من اللازم استشارة الطبيب أو الصيدلي

ب. تحذيرات خاصة :

لا يجب تناول هذا الدواء إلا تحت مراقبة طبية

يجب إخبار الطبيب :

- في حالة سوابق الربو المقترن بركام مزمن أو التهاب مزمن للجيوب الأنفية أو أورام في الأنف. قد يؤدي تناول سوركام إلى أزمة ربو، خاصة لدى الأشخاص ذوي حساسية ضد الأسبرين أو مضادات الالتهابات غير الستيرويدية (راجع موانع الاستعمال) :

- في حالة علاج متزامن بمضاد تخثر الدم. قد يؤدي هذا الدواء إلى ظهور أعراض معدية معوية خطيرة :

- في حالة تعفن ما. يجب تعزيز المراقبة الطبية.

- في حالة جدي الماء. لا ينصح بهذا الدواء بسبب إصابات استثنائية خطيرة في الجلد.

يجب توقف العلاج فوراً في حالة :

- نزيف معدي معوي.

- إصابات خطيرة في الجلد على شكل فقاعات وحروق على كل الجسم (أثار غير مرغوب فيها ومزعجة).

- علامات تدل على الحساسية لهذا الدواء، وخاصة أزمة الربو أو الانفخاخ المفاجئ، للوجع والعنف (أثار غير مرغوب فيها ومزعجة).

اتصل فوراً بالطبيب أو بمصلحة الاستعجالات الطبية.

ت. احتياطات الاستعمال :

يوجد هذا الدواء في أشكال جرعات أخرى قد تكون أكثر تناسباً.

نظراً لضرورة تكيف العلاج، من المهم استشارة الطبيب في حالة :

- سوابق هضمية (حرقنة قديمة للمعدة أو المعى الاثناعشري)، نزيف هضمي،

- مرض القلب أو الكبد أو الكلى،

- الربو : قد يكون لظهور أزمة الربو لدى بعض الأشخاص ارتباطاً بالحساسية للأسبرين أو لمضاد الالتهابات غير الستيرويدي (راجع موانع الاستعمال).

في حالة الشك، لا تتردد في استشارة الطبيب أو الصيدلي.

ث. التفاعلات بين الأدوية وتفاعلات أخرى :

من أجل تفادي تفاعلات محتملة بين عدة أدوية، وخاصة مع مضادات تخثر الدم الفعوية ومضادات الالتهابات الأخرى غير الستيرويدية (بما فيها الأسبرين ومشتقاته) والهيبارين والليثيوم وميتاتريكسات (جرعات تتجاوز 15 ملغ في الأسبوع). يجب إخبار الطبيب أو الصيدلي بالنظام عن أي علاج آخر موازي.

ج. الحمل - الرضاعة :

خلال الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل (12 أسبوعاً من انقطاع الطمث

1. تعريف الدواء

أ. الاسم

سوركام 100 ملغ، أقراص قابلة للسكر.

ب. المكونات :

حمض

تيابروفينيك..... 100 ملغ

السواغ: نشا الذرة، نشا الأرز، نشا الذرة جيلاتيني مسبقاً، سيليكات غرواني لامائي (من نوع أيزوزيل 200 ملغ)، ستيرات المغنسيوم، طالك

ت. الشكل الصيدلي :

أقراص قابلة للسكر، علبة 30

ث. الصنف الصيدلي العلاجي

مضاد للالتهابات، مضاد الروماتيزم، غير الستيرويدي .

2. حالات استعمال هذا الدواء

(إرشادات علاجية)

يوصف هذا الدواء لدى البالغين والأطفال ابتداءً من 15 كغ (أي تقريباً ابتداءً من 4 سنوات).

• في علاج طويل الأمد :

- بعض التهابات الروماتيزم المزمنة.

- بعض أنواع داء المفاصل الحاد

• في علاج قصير الأمد :

- الالتهاب المفاصل الحاد

- آلام قطنية حادة

- آلام ووذمات نتيجة لصدمة

• خلال حمى مؤلم

• في علاج بعض الالتهابات (الحجرية، الأذن، الفم، الأنف)

3. انتباه :

أ. حالات عدم استعمال هذا الدواء :

(موانع الاستعمال)

لا ينبغي تناول هذا الدواء في الحالات التالية :

- بعد الشهر الخامس من الحمل (24 أسبوعاً من انقطاع الطمث)،

- سوابق الحساسية أو الربو بسبب هذا الدواء أو دواء مماثل، ولأسباب

مضادات الالتهابات غير الستيرويدية، الأسبرين،

- سوابق الحساسية لأحد مكونات القرص

- حرقنة المعدة أو المعى الاثناعشري في تطور

- مرض خطير في الكبد

- مرض خطير في الكلى

- مرض خطير في القلب

رينوميسين

- الشكل و التقديم :

- الربو .

في حالة الشك لا تتهاونوا في إستشارة الطبيب أو الصيدلاني .

التأثيرات الغير مرغوب فيها :

نادرا : إحساس باجفاف الفم .

نادرا : إحساس بالوخا . يجب إخبار الطبيب المعالج أو

مصحوق لتحضير الشراب : علبه من 10 أكياس .

التركيب :

كل كيس يحتوي على :

كلورفينامين مالميات

فينيلفرين كلور هيدرات

سلسلاميد

باراسيتامول

كافيين

حامض أسكوربيك

سواغ كمية كافية ل

لائحة سواغ ذات تأثير معلوم : السكرورز ، ملون أصفر برتقا

الخصائص :

الكلورفينامين مالميات : مضاد للهستامين ، ينقص من سيلان

الدموع .

الفينيلفرين كلور هيدرات : يساعد على إزالة الإحتقان و تحي

التنفسيه .

الباراسيتامول و السلسلاميد : يعملان بتكامل لتسكين الألم

الكافيين : مادة مثبته حيث تجعل الشخص يقضا و مثبته

الإحساس بالنعاس الناتج عن الكلورفينامين .

حامض أسكوربيك : مضاد للأكسدة ، يساعد على تقوية من

ويعمل مع الكافيين على تنشيط الجسم .

دواعي الإستعمال :

يوصف رينوميسين لعلاج الأعراض التالية :

- نزلة برد : زكام ، إحتقان الأنف ، سيلان الأنف ، العطس .

- حمى ، تشنج ، ارتعاش و تبرد ، الأم معتدلة أو قوية (كالصداع) .

موانع الإستعمال :

لا يستعمل هذا الدواء عند الأطفال أقل من 15 سنة و في الحالات التالية :

- إرتفاع حاد لضغط الدم أو ضغط الدم الغير متوازن ؛

- المرضى الذين سبق لهم أن أصيبوا بنزيف وعائي في الدماغ ، أو

المحتمل أن يصابوا بنزيف وعائي بسبب نشاط الفاسميتاميتيك مضيق

الأوعية ؛

- قصور في الشريان التاجي ؛

- المرضى الذين سبق لهم أن أصيبوا بشللجات ؛

- حساسية لأحد مكونات هذا الدواء ؛

- تورم البروستات ؛

- زرق العين ؛

- قصور في خلايا الكبد ؛

- قصور كلوي ؛

- قرحة معدية معوية ؛

- المرضى الذين سبق لهم أن أصيبوا بنزيف معدي نتيجة تناول حامض

الأسيتكساليك أو مضادا للإلتهاب الغير إسترويدي ؛

2270

مختبرات الصيدلة فارما 5
الصيدلاني صلي مسؤل
باسم

أقية

باص

يومية

قد

يوم في

أخذ أي

دواء .

كيفية الإستعمال :

خاص بالبالغين .

يبدأ العلاج بكيس كل 6 ساعات ثم يتبع بكيس كل 8 ساعات ، دون

تجاوز 3 أكياس في اليوم .

يفرغ محتوى الكيس في كأس من الماء ، يحرك جيدا ثم يشرب فوراً .

لا يجب تجاوز الجرعة القصوى اليومية المحددة .

مدة العلاج :

مدة العلاج يجب أن لا تتجاوز 5 أيام .

التخزين :

يحتفظ بهذا الدواء في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية و بعيدا عن

الرطوبة .

لا يستعمل هذا الدواء بعد إنتهاء تاريخ الصلاحية الموجود على العلبة .

لايترك هذا الدواء في متناول الأطفال .