

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

- 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.

M23-0027303

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1935 Société : PLAN

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Zouinka

Bouchaib

Date de naissance : 27/153

Adresse : N° 222 LIT Riad Salam Bd Riad

Moshomedie

Tél. : 06 54 66 222 Total des frais engagés : 745,20 Dhs 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 :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : Moulay Le : 17 JAN. 2021

Signature de l'adhérent(e) : Hélène

Autorisation CNDP N° : AA215 / 2019



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL AHL Dr. KHALID ZIoud 394 Bd. El Houria El Attia 1000 Casablanca Tél: 0524 21 13 77 SG	30/12/23	745,20 DA

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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	

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	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				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

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H 25533412 00000000	21433552 00000000
D 00000000 35533411	G 00000000 11433553
B 00000000 35533411	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

PHARMACIE EL AHL
ZIOUD KHALID
394,LOT HOURIA BD EL HOURIA ALIA
MOHAMMADIA

Tél : 0523327756

30/12/2023

ZOUINKA BOUCHAIB

FACTURE N° : 45778 du 30/12/2023

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	TOPLEXIL SP FLACON 150 ML	15,70	15,70	7%
1	OEDES 20 MG 7 GELULES	30,00	30,00	7%
Total TTC				45,70

Arrêtée la présente Facture à la somme de :
QUARANTE CINQ DIRHAMS ET SOIXANTE DIX CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	42,71	2,99	45,70
		42,71	2,99	45,70

PHARMACIE EL AHL
Dr. KHALID ZIOUD
394 Bd. El Houria El Alia
Tél : 0523327756

OEDES® 20 mg

Microgranules gastrorésistants en gélules (Oméprazole)

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament.

Elle contient des informations importantes sur votre traitement pour votre maladie.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien. Gardez cette notice, vous pourrez avoir besoin de la relire.

1. Identification du médicament:

Forme pharmaceutique et présentation:

OEDES® 20 mg, Microgranules gastro-résistants en gélules, boîtes de 7, 14, 28 et 56

2. Composition du médicament :

Principe actives:

Oméprazole 20 mg

EXCIPIENTS : q.s.p une gélule.

Excipient à effet notoire : Saccharose.

3. Classe pharmaco-thérapeutique :

OEDES® 20 mg contient la substance active Oméprazole. Il appartient à la classe des médicaments appelée inhibiteurs de la pompe à protons. Il diminue la quantité d'acide produite par votre estomac.

4. Indications thérapeutiques

OEDES® 20 mg est utilisé pour traiter les affections suivantes :

Chez les adultes :

- le reflux gastro-cesophagien (RGO). L'acide de l'estomac remonte au niveau de l'œsophage (le tube qui relie la gorge à l'estomac)

LOT 211516
EXP 05/2024
PPV 30.00 DH

Ne prenez jamais OEDES® 20 mg, gelule :

- si vous êtes allergique à l'oméprazole ou à l'un des autres composants contenus dans OEDES® 20 mg.
- si vous êtes allergique à un autre inhibiteur de la pompe à protons (par exemple pantoprazole, lanoprazole, rabéprazole, esoméprazole).
- Si vous prenez un médicament contenant du nelfinavir (utilisé pour traiter l'infection par le VIH).
- Si vous êtes dans une des situations décrites ci-dessus, ne prenez pas OEDES® 20 mg, gélule gastro-résistante. Si vous avez des doutes, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre OEDES® 20 mg.

7. 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 remarquez un des effets indésirables suivants, ceux-ci étant rares mais sérieux, arrêtez de prendre OEDES® 20 mg et contactez immédiatement un médecin :

- Apparition soudaine d'une respiration sifflante, gonflement des lèvres, de la langue et de la gorge ou du corps, éruptions cutanées, perte de connaissance ou difficultés à avaler (réactions allergiques graves).
- Rougeurs de la peau avec des bulles ou une desquamation

les selles noires (teintées de sang),
z de diarrhée sévère ou persistante, car l'oméprazole
une faible augmentation de diarrhées infectieuses.
des problèmes hépatiques sévères.
t déjà arrivé de développer une réaction cutanée après
ar un médicament similaire à OEDES® qui réduit
hac.
z effectuer un examen sang un spécifique
A).

OEDES® 20 mg au long-cours (durée supérieure à
un an), votre médecin vous surveillera probablement de façon
régulière. Vous devez définir précisément tous les symptômes et
événements nouveaux ou exceptionnels quand vous voyez votre
médecin.

La prise d'un inhibiteur de la pompe à protons tel que OEDES® 20 mg, gélule gastro-résistante, en particulier ~~sur~~ une période supérieure à un an, peut légèrement augmenter le ~~risque~~ de fracture de la hanche, du poignet ou des vertèbres. Prévenez votre médecin si vous souffrez d'ostéoporose ou si vous prenez des corticoïdes (qui peuvent augmenter le risque d'ostéoporose).

Si vous avez une éruption sur la peau, en particulier au niveau des zones exposées au soleil, prévenez votre médecin ~~des~~ que possible, car vous devrez peut-être arrêter votre traitement avec OEDES® 20 mg. N'oubliez pas de mentionner également ~~tout~~ autre effet indésirable tel que des douleurs dans vos articulations.

Enfants :

Certains enfants atteints d'une maladie chronique peuvent nécessiter un traitement à long terme bien que ~~celui~~-ci ne soit pas recommandé. Ne donner pas ce médicament aux enfants de moins de 1 an ou < 10 kg.

Mentions relatives aux excipients à effet notoire :

En raison de la présence de Saccharose, ce médicament est déconseillé chez les patients présentant une intolérance au sucre.

Toplexil®

Oxoméazine 0,33 mg/ml

Sirop



Veuillez à prendre note

du

date

de

prise

de

ce

sirop

ou

de

pharmaciens

de

ce

sirop

ou

de

ce

<