

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Education :

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.

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

60933
Recette

Déclaration de Maladie
Nº P19- 0043433 /1616

S
ce
es
oc

Dentaire **Optique** 64937 **Autres**

Matricule : 1616 Société : **Rétraté RAM**

Actif **Pensionné(e)** **Autre**

Nom & Prénom : **BERRA, ELHOUSSEINE**

Date de naissance : **1952**

Adresse : **HASSANIA 2 Rue 16 N° 50
BEN MEICK CASA**

Tél. : **0676375190** Total des frais engagés : **3.955.121 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **الدكتورة آيا عباس
Dr. Ayache Lamia
Médecine Générale Echographie
N° 2, Rue 52 - El Hassania 1
Sidi Othmane - Casablanca
Tél: 05 22 37 30 02**

Date de consultation : **17/03/21**

Nom et prénom du malade : **FAITH MOURIDA** Age: _____

Lien de parenté : **Lui-même** **Conjoint** **Enfant**

Nature de la maladie : **HIA + Dr. dr. m. m. inf. goutte**

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 : _____

Signature de l'adhérent(e) : **Le : 26/03/2021**

MUPRAS
26 MARS 2021
ACCUEIL

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

le 17/03/21

Mr/Mme FAITHI MIWUDA

139.00

- INFE80 do -q ep.
2cp x 2 fi le natri e-jeu

(S.V)

83.10²

- tenuomie ne -q ep.
2cp x 2 fi apes upes (N° 2)

(S.V)

61.50

- MORBIE 15 -q ep.
2cp x 2 fi apes upes.

(S.V)

28.80

- Vitanewyl fort ep.
2cp x 3 fi

(S.V)

395.50

صيدلية السعدي
Pharmacie Saadi
Dr. HENKIRANE Saadi Lubna
Sidi Othmane - Casablanca - Tel: 0522 21 19 38

Cachet du médecin
الكتورة أياشة لامية
Dr. Ayache Lamia
Médecine Générale Echographie
N° 2, Rue 212 - El Hassania 1
Sidi Othmane - Casablanca
Tel: 0522 33 30 02

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 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, car cela pourrait lui être nocif.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

Notice

Mobic® 7,5 mg

Meloxicam

comprimé

Mobic® 15 mg

Meloxicam

comprimé sécable

Composition

La substance active est :

meloxicam

Les autres composants sont : citrate de sodium, lactose monohydraté, microcristalline, povidone, silice, crospovidone, stéarate de magnésium. Pour 1 comprimé.

QU'EST CE QUE MOBIC 7,5 mg et 15 mg comprimé sécable ET

EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament, présenté sous forme de comprimé sécable, est un anti-inflammatoire non stéroïdien.

Il est indiqué chez l'adulte

(plus de 15 ans), en traitement

- de courte durée des douleurs

- de longue durée de certaines

inflammatoires.

INFORMATIONS NÉCESSAIRES

PRENDRE MOBIC 7,5 mg comprimé sécable

Ne pas utiliser Mobic 7,5 mg comprimé ou 15 mg comprimé sécable dans les cas suivants :

- grossesse ou allaitement,
- antécédents d'allergie (crise d'asthme, polyphénol, nasaux, brusque gonflement du cou et du visage (œdème de Quincke), urticaire déclenché par ce médicament ou un médicament apparenté tels que d'autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, l'aspirine,
- antécédents d'allergie à l'un des constituants du produit,
- ulcère de l'estomac ou du duodénum ancien ayant récidivé ou en évolution,
- maladie grave du foie,
- maladie grave des reins non dialysée,
- maladie grave du cœur,
- saignement de toute nature.

Prendre des précautions particulières avec

MOBIC 7,5 mg comprimé ou 15 mg comprimé sécable :

Il n'existe pas de données d'efficacité et de sécurité chez l'enfant de moins de 15 ans.

AVANT LE TRAITEMENT, PREVENIR VOTRE MEDECIN EN CAS :

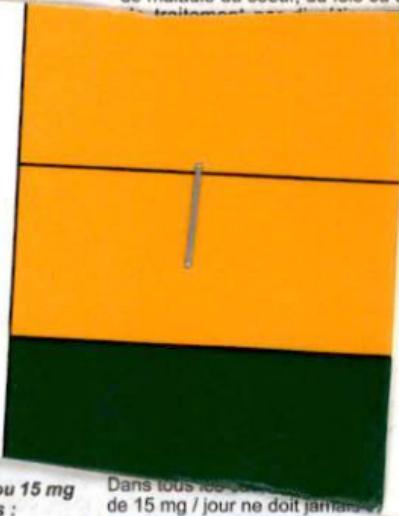
- d'antécédents digestifs (oesophagite, gastrite, ulcère de l'estomac ou du duodénum anciens),
- d'insuffisance cardiaque ou d'hypertension artérielle,



Boehringer
Ingelheim

- de maladie du cœur, du foie ou du rein, en cours de traitement.

Mobic®



PPV: 61DH50
PER: 09/23
LOT: J2373

Dans tous les cas, la dose quotidienne de 15 mg / jour ne doit jamais dépasser.

Ce médicament contient un anti-inflammatoire non stéroïdien : le meloxicam.

Vous ne devez pas prendre en même temps que ce médicament d'autres médicaments contenant des anti-inflammatoires non stéroïdiens et/ou de l'aspirine.

Lisez attentivement les notices des autres médicaments que vous prenez afin de vous assurer de l'absence d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et/ou d'aspirine.

Grossesse - Allaitement

Grossesse

Il est recommandé d'éviter la prise de ce médicament au cours de la grossesse.

Votre médecin peut être amené, si nécessaire, à vous prescrire ce médicament au cours des 6 premiers mois de votre grossesse.

Toutefois, EN AUCUN CAS, CE MEDICAMENT NE DOIT ETRE PRIS A PARTIR DU 3^{ME} TRIMESTRE DE LA GROSSESSE, car ses effets sur votre enfant peuvent avoir des conséquences graves, notamment sur un plan cardio-pulmonaire et rénal, et cela, même avec une seule prise.

Allaitement

Par mesure de précaution, il convient d'éviter d'utiliser ce médicament pendant l'allaitement.





Gélule
Microgranules
gastro-résistants
Par voie orale

Inéso

ésoméprazole



SPORTIFS
Sans objet.

EFFETS SUR L'APTITUDE A CONDUIRE DES VEHICULES

Conduite de véhicules et utilisation de machines :
Inéso n'est pas susceptible d'enrainer des effets sur l'aptitude à conduire de véhicules et à utiliser des machines. Cependant, des effets secondaires tels que des étourdissements peuvent survenir. Si vous êtes affectés par l'un de ces effets, il est recommandé de ne pas conduire de véhicules et d'éviter l'utilisation de machines.

LISTE DES EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

Saccharose

POSOLOGIE, MODE ET/OU VOIE(S) D'ADMINISTRATION DU TRAITEMENT

Inéso 20 MG :

Adultes âgés de 18 ans et plus :

- Traitement des symptômes du reflux gastro-œsophagien : Si votre médecin diagnostique une inflammation de l'œsophage, il prescrira une dose quotidienne de 20 mg une fois par jour pendant 4 semaines. Un traitement supplémentaire peut être nécessaire si les symptômes persistent. La dose recommandée après guérison complète est une dose quotidienne de 20 mg une fois par jour. Si votre œsophage ne présente pas d'inflammation, il est recommandé de prendre une dose quotidienne de 20 mg une fois par jour. Une fois le contrôle des symptômes atteint, il est possible que votre médecin vous donne une dose plus élevée.

- En cas d'infection par la bactérie appelée *Helicobacter pylori*, la prévention de la récidive de l'ulcère de l'estomac ou de l'œsophage : La dose recommandée est d'une gélule d'inéso 20 mg deux fois par jour. La dose recommandée est d'une gélule d'inéso 20 mg deux fois par jour.

- Traitement des ulcères de l'estomac associés à la prise d'aspirine : La dose recommandée est d'une gélule d'inéso 20 mg une fois par jour.

- Prévention des ulcères associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) : La dose recommandée est d'une gélule d'inéso 20 mg une fois par jour.

- Traitement de l'œsophagite d'acide dans l'estomac dû au syndrome de reflux gastro-œsophagien : La dose recommandée est Inéso 40mg deux fois par jour, en fonction de vos besoins. La dose maximale est de 80mg deux fois par jour.

Utilisation chez les adolescents (âgés de 12 ans et plus) :
Traitement des symptômes du reflux gastro-œsophagien : Si votre médecin diagnostique une inflammation de l'œsophage, il prescrira une dose quotidienne de 20 mg une fois par jour, sur votre nombre de 4 semaines. Un traitement supplémentaire peut être nécessaire si les symptômes persistent.

Fabriqué par :

Laboratoires Deva Pharmaceutique



J. OUAIDI Pharmacien Responsable

146-147 Zone Industrielle Tit Mellil - Casablanca

20

ملغ

28

كبسولة

إنسو
إذْمِيْرَازُول

- bradycardie importante (<45-50 battements par minute), (ralentissement du rythme cardiaque).
- maladie du sinus (y compris bloc sino-auriculaire).
- arrêt de l'inspiration (dans les formes purées et en mésothérapie), (variate de crises troubles de la respiration cardiaque).
- bloc auriculo-ventriculaire (choix d'origine cardiaque).
- choc cardiaque (certaines crises de crises de cœur non contrôlées par le traitement).
- insuffisance cardiaque non contrôlée par le traitement (défaillance des fonctions du cœur et des poumons avec encombrement).
- asthme et bronchopneumopathies chroniques obstructives dans leurs formes sévères (formes sévères d'asthme et de maladie des bronches et des poumons avec encombrement).
- Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants :

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT

- certains troubles du rythme
- après un infarctus du myocarde
- prévention des crises douloureuses
- hypertension artérielle
- système sympathique dérgulé
- Ce médicament est un « bête
- système cardio-vasculaire)
- BETA-BLOQUANT/SELECTIF
- Classe pharmaco-thérapeutique
- Comprime pellicule sécable
- Forme pharmaceutique
- solutin, siropale de magnésium
- Excipients : carboneate de magnésium
- Atenolol 100 mg
- Composé d'antihistaminique et



Gardez cette notice, vous y trouverez des informations à votre disposition, si vous avez un doute, demandez plus.

Si vous avez des questions, si vous avez un doute, demandez plus.

Veillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament.

TENOORMINE® 100 mg

ATENOLOL

VITANEVRIL FORT 100 mg,

1. DENOMINATION DU MEDICAMENT

VITANEVRIL FORT 100 mg, Comprimé pelliculé, boîte de 30.
(DC) Benfotiamine

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 autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

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

Si l'un des effets indésirables

effet indésirable non mentionné
médecin ou à votre pharmacien.

2. COMPOSITION DU MEDICAMENT

Composition qualitative et quantitaire par unité de prise

Benfotiamine

Composition qualitative en mg

Excipients : Amidon de riz ; magnésium ; Saccharose ;

Macrogol 400 ; et l'eau purifiée

Excipient à effet notoire : Sels

3. CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

Antiasthénique (A : appareil digestif et métabolisme)

4. INDICATIONS THERAPEUTIQUES

- traitement du béri-béri.

- prophylaxie des états de carence vitaminique dus à une diminution des apports alimentaires (par exemple : malabsorption, régimes restrictifs riches en protéines non supplémentées, nutrition parentérale), en association avec les autres vitamines du groupe B.

- proposé chez l'alcoolique, notamment en cas de polyénivrites.

- proposé dans d'autres polyénivrites supposées d'origine toxicitaire.

- utilisée, à forte dose, dans certains syndromes douloureux.

5. POSOLOGIE

- Mode et voies d'administration ;

Voie orale.

- Durée du traitement ;

se conformer à l'ordonnance de votre médecin.

- Fréquence d'administration ;

2 à 4 comprimés par jour, à avaler sans croquer.

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

6. CONTRE - INDICATIONS

ATTENTION !

DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- Intolérance connue à la vitamine B1.

- Ne pas administrer aux enfants de moins de 8 ans.

EN CAS DE DOUCE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

7. EFFETS INDESIRABLES

Sans objet.

NE HESITEZ PAS À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN ET À SIGNALER TOUT EFFET NON SOUHAITÉ ET GÉNANT.

8. MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS PARTICULIERES D'EMPLOI

En raison de la présence du saccharose et du Lactose monohydrate, ce médicament est contre indiqué en cas d'intolérance au fructose, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou d'un déficit en sucrase-isomaltase.

EN CAS DE DOUCE, NE PAS HÉSITER À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

Saccharose et Lactose monohydrate.

Parlez-en à votre médecin, si vous avez une intolérance au fructose.

EN CAS DE DOUCE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

فيتانفري

بنفيتامين 100 مل

30 حبة ملبة

عن طريق الفم

PPV LOT PER

11. LES EFFETS POSSIBLES DU TRAITEMENT SUR LA CAPACITE A CONDUIRE UN VEHICULE OU A UTILISER CERTAINES MACHINES

Sans objet,

12. SYMPTOMES ET CONDUITE A TENIR EN CAS DE SURDOSSAGE

Sans objet,

13. CONDUITE A TENIR EN CAS D'OMISSION D'UNE OU PLUSIEURS DOSES

Sans objet,

14. MENTION, SI NECESSAIRE, D'UN RISQUE DE SYNDROME DE SEVRAGE

- Conditions de prescription et de délivrance
- Précautions particulières de conservation
- Tenir hors de la portée des enfants
- Ne pas utiliser après la date de péremption figurant sur la boîte
- Nom et adresse du fabricant quant celui-ci n'est pas le titulaire de l'AMM au Maroc

Sans objet

- Nom et adresse de l'EPI Titulaire de l'AMM au Maroc

SYNTHEMEDIC
20-22, Rue Zoubeir Ibnou Al Aouam
Roches Noires
20300 Casablanca
Maroc

- la dernière date à laquelle cette notice a été approuvée est le : 03/2015

352125-06