

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.

Prothèse :

- 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

- Déclaration : contact@mupras.com
- Assurance 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- 067361

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0004220

Société : n° = 30388

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUSTAID JAMILA

Date de naissance :

Adresse :

10 rue Oued Sbaou Hay Saâda
Beinechid

Tél :

0617818131

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 : 26 / 06 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient													
				Coefficient des travaux <input type="text"/>												
				Montant des soins <input type="text"/>												
				Début d'exécution <input type="text"/>												
				Fin d'exécution <input type="text"/>												
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/>												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
00000000	00000000															
G																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis <input type="text"/>													
			Fin d'exécution <input type="text"/>													
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution														

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		P 17 / 0051096	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			
Cachet MUPRAS			



P 17 / 051096

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom		Moustaid Jamel	
Fonction	Phones	06 8 81 81 31	
Mail			
MEDECIN		Prénom du patient	
		Moustaid Jamel	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age	Date
			22/5/20
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
Asphénie & Rhénites			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
C	1	1505	
PHARMACIE		Date	
		22/5/20	
Montant de la facture			
		192,80	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
CACHET			

DOCTEUR Mouna TAMIM

Omnipraticienne

Echographie

Médecine du Travail

Diplômée de l'Université
de Rennes en France

ICE : 002027784000027



الدكتورة منى تميم

الطب العام

الفحص بالصدى

طب الشغل

حاصلة على الدبلوم

من جامعة "رين" بفرنسا

INPE : 061173340

Berrechid, le 22-05-2024 برشيد

Moustaid Tamita

17.03) Daseu
2/8

17.03) Relaxium 300
1/8 legni

+ 17.03)
18.03) Histranlon
1/8 legni
192.80

DASEN[®] 10.000 UI

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

DENOMINATION

DASEN[®] 10 000 UI, comprimé enrobé gastro-résistant

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

SERRAPEPTASE 10 000 unités*

Excipients : stéarate de magnésium, amidon de maïs, lactose, acétophtalate de cellulose, jaune orangé S (E110), dioxyde de titane, poloxamère 188.

Pour un comprimé enrobé gastro-résistant

*1 unité correspond au nombre de µg de tyrosine libérée par 5 ml de substrat (caséine) en 1 minute à partir de 1 mg de serrapeptase.

FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé enrobé gastro-résistant, boîte de 40 .

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ENZYMOTHERAPIE à visée antioedémateuse et fluidifiante

(M : Système locomoteur)

(M : Système respiratoire)

Exploitant/Fabricant :

Laboratoires SYNTHEMEDIC

20-22, Rue Zoubair Bnou Al ouam. Roches Noires - Casablanca

DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament, modificateur des sécrétions bronchiques, est indiqué en cas d'affection respiratoire récente avec difficulté d'évacuer les crachats.

Il est également utilisé pour traiter les oedèmes consécutifs à un traumatisme ou une intervention chirurgicale.

ATTENTION !

DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE en cas d'allergie connue à l'un des constituants notamment à la serrapeptase (enzyme).

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

MISES EN GARDE SPECIALES

En cas de réaction allergique, le traitement doit être arrêté immédiatement et définitivement.

Un avis médical est nécessaire :

- en cas de fièvre, de crachats gras ou purulents,
- si vous êtes atteint d'une maladie chronique (au long cours) des bronches et des poumons.

Ce traitement doit toujours être accompagné d'efforts volontaires de toux permettant de cracher. La prise simultanée d'un médicament destiné à calmer la toux est donc illogique.

Ne pas prendre de médicament de traitement.

PRECAUTIONS D'EMPLOI

EN CAS DE DOUTE, NE PAS
OU DE VOTRE PHARMACIEN

PPV:

EXP:

Lot N°:

47,80

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES

S,

HISTANORM®

(Loratadine)

FORMES PHARMACEUTIQUES ET PRESENTATIONS

Comprimés dosés à 10 mg : boîtes de 15 et 30

Sirop dosé à 5 mg / 5 ml : flacons de 60 ml et 120 ml

COMPOSITION QUALITATIVE

Comprimés

Principe actif

Loratadine 10 mg

Excipient : lactose monohydrate, cellulose microcristalline, silice colloïdale anhydre, stéarate de magnésium, talc, crospovidone qsp 1 comprimé.

Sirop

Principe actif

Loratadine 100 mg

Excipient : acide citrique, propylène glycol, glycérine, parahydroxybenzoate de méthyle, parahydroxybenzoate de propyle, saccharose, arôme réglisse, eau purifiée qs 100 ml

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Antihistaminique H1

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

- Rhinites allergiques
- Dermatoses allergiques
- Effets secondaires des traitements de désensibilisation
- Urticaire aiguë
- Urticaire chronique idiopathique de l'adulte.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

- Hypersensibilité ou idiosyncrasie à l'un des composants du médicament
- La Loratadine est contre-indiquée chez l'enfant de moins de 2 ans
- La forme comprimé est contre-indiquée chez l'enfant de moins de 12 ans.

PRECAUTIONS D'EMPLOI

L'innocuité et l'efficacité de la Loratadine n'ont pas été démontrées chez l'enfant de moins de 2 ans.

Utiliser avec prudence chez l'insuffisant hépatique sévère.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

Des études de performances psychomotrices ont démontré que l'administration simultanée d'alcool ne potentialise pas les effets de la Loratadine.

La prudence est de mise en cas d'association avec la cimétidine.

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

- Grossesse : la Loratadine franchit la barrière placentaire. En l'absence d'études contrôlées chez la femme enceinte, éviter la prescription pendant la grossesse.
 - Allaitement : la Loratadine passe dans le lait maternel.
- D'UNE FACON GENERALE, IL CONVIENT AU COURS D'UN TRAITEMENT DE TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN D'UTILISER UN MEDICAMENT.

LISTE DES EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

Comprimé

Lactose : pas de dose seuil.

Contre-indiqué chez les personnes souffrant d'une déficience en glucose/galactose ou d'un déficit en lactase.

Sirop

Propylène glycol, parahydroxybenzoate de méthyle et de

HISTANORM 10 mg 30 comprimés

FPV 58DH00

EXP 09/2021
LOT 97017 1



Gélule
Voie orale

Relaxium[®] B6



COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Relaxium B6 150

Oxyde de magnésium marin.....260 mg

équivalent en Magnésium150 mg

Vitamine B6.....1 mg

Excipients : stéarate de magnésium, maltodextrine, dioxyde de silicium.

Relaxium B6 300

Oxyde de magnésium marin.....520 mg

équivalent en Magnésium.....300 mg

Vitamine B6.....2 mg

Excipients : stéarate de magnésium, maltodextrine, dioxyde de silicium.

Relaxium B6 375

Oxyde de magnésium marin.....650 mg

équivalent en Magnésium.....375 mg

Vitamine B6.....2 mg

Excipients : stéarate de magnésium, maltodextrine, dioxyde de silicium.

FORME ET PRESENTATIONS

Relaxium B6 150 : Gélule. Boite de 20 et 60

Relaxium B6 300 : Gélule. Boite de 15 et 30

Relaxium B6 375 : Gélule. Boite de 30, 45, 60 et 90

PROPRIETES

Relaxium B6 contient du magnésium et de la vitamine B6.

Le magnésium intervient dans le fonctionnement neuromusculaire. Son déficit peut causer nervosité, irritabilité, fatigabilité, crampes musculaires ainsi que les difficultés d'endormissement et de concentration, notamment en cas de surmenage.

La vitamine B6 complète l'activité relaxante et équilibrante du magnésium.

VOIE D'ADMINISTRATION ET UTILISATIONS

Voie orale

Relaxium B6 150

Prendre 2 gélules par jour à avaler avec un grand verre d'eau, en complément d'une alimentation variée et équilibrée.

Relaxium B6 300

Prendre 1 gélule par jour à avaler avec un grand verre d'eau, en complément d'une alimentation variée et équilibrée.

Relaxium B6 375

Prendre 1 gélule par jour à avaler avec un grand verre d'eau, en complément d'une alimentation variée et équilibrée.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

D'une façon générale, il convient au cours de la grossesse et de l'allaitement de toujours demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien avant d'utiliser un produit.

PRECAUTIONS D'EMPLOI

Afin d'éviter d'éventuelles interactions, consulter votre pharmacien tout traitement en cours.

Ne pas dépasser la dose recommandée.

Garder hors de portée des enfants.

A conserver dans un endroit sec et à l'abri de la lumière.

Relaxium B6 150 / Autorisation

Relaxium B6 300 / Autorisation

Relaxium B6 375 / Autorisation

COMPLEXE RELAXANT

LOT: 200097
DLUO: 03/2023
87,86DH



146-147 Zi. Ta Mellil - Casablanca

Laboratoires Deva Pharmaceutique
J.OUAJDI Pharmacien Responsable