

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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : 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



Déclaration de Maladie

N° W19-505293

ND: 10 322 42

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11646

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : MOUNABIR FATIHA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0662128663

Total des frais engagés :



Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



07 JUL 2020

Date de consultation : 15.06.2020

Nom et prénom du malade :

Mounabir Fatima

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

BM + ballance + processus viral

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) :

[Signature]

Le :

08 JUL 2020

ACCUEIL

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
25-06-2020			150	INP : 061182332

Dr. Sarah BELCAIDA
Médecin Généraliste
20, Ave. Souk El M...
Eloge B...
22 33 53 32

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. KHAITAF EL KAYAT Pharmacie AL KAYAT Lot. Mahara Tel.: 07 77 22 54 22	25/06/2020	149,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

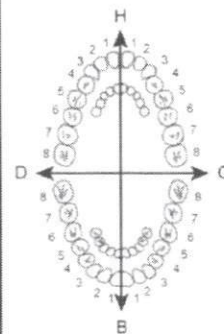
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
DR. ABDOUBENEF EL KAYAT Médecin Généraliste Clinique Ibn El Jannet - Benisaf	27/6/22	Shog... Rendu	400 (2A)

AUXILIAIRES MEDICAUX

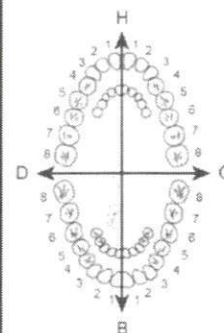
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

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

Docteur Sarah BELCAIDA

Médecine Générale

- Diplôme universitaire en échographie
- Diplôme universitaire de Gynécologie suivi de grossesse et infertilité de l'université de bordeaux - France
- Electrocardiogramme
- Visite pour permis de conduire



Ordonnance

الدكتورة سارة بلقيدة

الطب العام

- دبلوم الفحص بالصدى
- دبلوم أمراض النساء، تتبع الحمل والعقم من جامعة بوردو - فرنسا
- التخطيط الكهربائي للقلب
- فحص رخصة السياقة

Berrechid le : 25.06.2020

Mounabir Fatima

118,50

- Ixor 20g

up/jr.

1/2h avant repas

30,80

- Trimebut

siraps

uccs x 3 jr

- ballonyl emc

gel/jr.

149,30



20. شارع محمد الخامس جزمة نصر الله قرب مخبزة المدينة (فوق BMCE بنك)

20, Bd Mohamed V Lotissement Naser Allah (en dessus de BMCE Bank) - Berrechid

الهاتف : 05 22 33 68 30

Trimedat®

Trimébutine

LOT : 8485
UT, AV : 02-25
P.P.V. : 30 OH 80

Substance active : Trimébutine

Nom du médicament	Substance active	Excipients
TRIMEDAT® 0,787% granules pour suspension buvable	Trimébutine base.....0,787g	q.s.p. 100 g
TRIMEDAT® 150 mg gélule	Trimébutine maléate.....150mg par gélule	q.s.p. 1 gélule

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Antispasmodique musculotrope.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ce médicament est indiqué dans le traitement symptomatique des douleurs, des troubles du transit et de l'inconfort intestinal liés aux troubles fonctionnels intestinaux.

CONTRE-INDICATIONS

Ne prenez jamais TRIMEDAT® :

- La trimébutine est contre-indiquée chez l'enfant de moins de 2 ans.
 - En cas d'hypersensibilité à la trimébutine ou à l'un des autres composants.
- EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN

MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI

Sur suspension buvable :
En cas de diabète, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose

Sur suspension buvable, flacon de 250 ml contient du saccharose et peut provoquer des réactions allergiques

Sur suspension buvable :
Le flacon de 250ml contient 3 g de saccharose.

En cas de régime pauvre en sucre ou de diabète, demandez l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

En cas de diabète, demandez l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

En cas de diabète, demandez l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

En cas de diabète, demandez l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

En cas de diabète, demandez l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

En cas de diabète, demandez l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

En cas de diabète, demandez l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

En cas de diabète, demandez l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

En cas de diabète, demandez l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

En cas de diabète, demandez l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

En cas de diabète, demandez l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

En cas de diabète, demandez l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

En cas de diabète, demandez l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

En cas de diabète, demandez l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

En cas de diabète, demandez l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

LISTE DES EXCIPIENTS A FETTER NOTOIRE

TRIMEDAT® 0,787% granules pour suspension buvable en flacon de 250 ml contient du saccharose et du parahydroxybenzoate de méthyle.

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

Posologie

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

TRIMEDAT® 150 mg gélules :

La posologie usuelle est de 300 mg par jour en 2 prises.

Exceptionnellement, cette posologie peut être augmentée jusqu'à 600 mg par jour en 2 à 3 prises.

Le traitement doit être de courte durée.

TRIMEDAT® 0,787% granules pour suspension buvable

Adultes :

1 cuillère à soupe 3 fois par jour au cours des principaux repas.

Exceptionnellement, cette posologie peut être augmentée jusqu'à 6 cuillères à soupe par jour.

Enfants :

- De 2 ans à 5 ans : 1 cuillère à café 3 fois par jour

- Au-dessus de 5 ans : 2 cuillères à café 3 fois par jour.

Mode et voie d'administration :

TRIMEDAT® 150 mg gélules :

Voie orale.

Les gélules doivent être avalées avec un verre d'eau.

TRIMEDAT® 0,787% granules pour suspension buvable

Voie orale.

PREPARATION DE LA SUSPENSION BUVALE INSTANTANEE

- Introduire de l'eau minérale non gazeuse ou bouillie refroidie par étapes jusqu'au col du flacon.
- Fermer et agiter le flacon au fur et à mesure jusqu'à obtention d'un mélange homogène.
- La suspension est prête à l'emploi
- Il convient d'agiter le flacon avant chaque utilisation.

SURDOSAGE

Si vous avez pris plus de TRIMEDAT® 150 mg gélules, ou TRIMEDAT® 0,787% granules pour suspension buvable que vous n'auriez dû :

EN CAS DE SURDOSAGE, CONSULTEZ VOTRE MEDECIN.

INSTRUCTIONS EN CAS D'OMISSION D'UNE OU DE PLUSIEURS DOSES

Sans objet.

RISQUE DE SYNDROME DE SEVRAGE

Sans objet.

EFFETS INDESIRABLES

Comme tous les médicaments, TRIMEDAT® est susceptible d'avoir des effets indésirables bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

- Rares réactions cutanées.

Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si certains effets indésirables deviennent graves, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

DECLARATION DES EFFETS INDESIRABLES :

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement au centre national de pharmacovigilance. En signalant les effets indésirables, vous contribuez à fournir davantage d'informations sur la sécurité du médicament.

CONSERVATION

TRIMEDAT® 150mg gélules :

Pas de précautions particulières de conservation

TRIMEDAT® 0,787% granules pour suspension buvable :

Avant ouverture : Pas de précautions particulières de conservation.

Après reconstitution : La suspension buvable ne doit pas être conservée plus de 4 semaines à température ambiante.

Ne pas laisser à la portée des enfants

CONDITIONS DE DELIVRANCE

Liste II

PEREMPTION

Ne pas utiliser TRIMEDAT® après la date de péremption figurant sur le conditionnement extérieur.

DATE DE REVISION DE LA NOTICE

Août 2017

Laboratoires Pharma 5

21 Rue des Asphodèles - Casablanca - Maroc

Site de fabrication: Zone Industrielle Ouled Saleh - Bouskoura - Maroc

Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable

PHARMA 5

IXOR® (oméprazole)

INDICATIONS
de 7, 14 et 28
de 7, 14 et 28

20 mg
1 comprimé effervescent
10 mg
1 comprimé effervescent

28 comprimés effervescents

EXP 02/2022
LOT 90074 3

PPV 1180H50

IXOR® 20 mg

- Syndrome de Zollinger-Ellison

- Traitement des lésions gastroduodénales induites par les AINS

- Traitement des reflux gastro-œsophagien

duodénales lors des traitements par AINS chez les patients à risque pour

la maladie est indispensable.

Une symptomatologie par reflux gastro-œsophagien

est recommandée de vérifier la benignité de la lésion avant traitement.

CONTRE-INDICATIONS
diminution de l'absorption de l'azolol antifongique par augmentation du pH

INTERACTIONS
ELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, SIGNALEZ
TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE

AVERTISSEMENT

l'oméprazole ne doit être envisagée au cours de la grossesse que si nécessaire,
passage de l'oméprazole dans le lait maternel, l'allaitement est à éviter.

CONTRAINDICATIONS
TOUT JOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER
UN MEDICAMENT

LISTE DES EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

- Aspartam
- Sodium ; en cas de régime désodé ou hyposodé, tenir compte de la teneur en sodium ;
- IXOR® 20 mg : environ 765,73 mg de sodium par comprimé effervescent
- IXOR® 10 mg : environ 768,61 mg de sodium par comprimé effervescent

POSOLOGIE USUELLE, VOIE ET MODE D'ADMINISTRATION

Adulte :

1 - Posologie :

- Eradication de l'helicobacter pylori : 1 comprimé effervescent à 20 mg matin et soir associé à une bithérapie antibiotique pendant 7 jours. Cette trithérapie sera suivie par 1 comprimé effervescent à 20 mg/j pendant 3 semaines supplémentaires en cas d'ulcère duodénal évolutif ou 3 à 5 semaines supplémentaires en cas d'ulcère gastrique évolutif.
- Ulcère duodénal évolutif : 1 comprimé effervescent à 20 mg/jour pendant 4 semaines.
- Ulcère gastrique évolutif : 1 comprimé effervescent à 20 mg/jour pendant 4 à 6 semaines.



IXOR® 20 mg
28 comprimés effervescents

6 118000 0322809

Docteur Sarah BELCAIDA

Médecine Générale

- Diplôme universitaire en échographie
- Diplôme universitaire de Gynécologie suivi de grossesse et infertilité de l'université de bordeaux - France
- Electrocardiogramme
- Visite pour permis de conduire



الدكتورة سارة بلقيدة
الطب العام

- دبلوم الفحص بالصدى
- دبلوم أمراض النساء. تتبع الحمل والعقم من جامعة بوردو - فرنسا
- التخطيط الكهربائي للقلب
- فحص رخصة السياقة

Ordonnance

Berrechid le : 26.06.2020

- Mme Mounabir Fatima

- Agée de 46 ans.

- Sans ANTDS

- Elle présente une cystite récidivante avec ECBU fics (-) et hématurie.

Au corps de sonde : montre un processus vésical.

⇒ Faire SOP une échographie vésico vésical.

20. شارع محمد الخامس - غزوة نصر الله قرب مخبزة المدينة (فوق BMCE بنك)
20. Bd Mohamed V Lotissement Naser Allah (en dessus de BMCE Bank) - Berrechid
الهاتف : 05 22 33 68 30

Clinique Ibn Z...
49, Lot El Amal - 5

Signé :

CIN :

BH 137586

Médecin :

Dr - BEL CAIDA

Nom assurance ou mutuelle :

MUPRAS

N° de téléphone :

06-68-10-80-63

Honoraires :

400 DH

Prestations :

Eclair-verre

Nom et prénom :

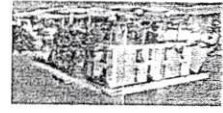
HOUARIR FATIMA

DATE :

27-06-2020

RECU DE VERSEMENT

CLINIQUE IBN ZORR



A large blue handwritten 'X' mark.



مركز النقديات

27/06/20

11:45:32

9900635336

96353301

CLINIQUE IBN ZOHR

Berrechid

A00000000041010

APP : MASTERCARD

FATIHA MOUNABIR

529927xxxxxx9339

CARTE NATIONALE

63437A8D2DCE47E9

201-0-9999-1-55

MONTANT: 400,00 MAD

NUM TRANSACTION : 001

NUM AUTORISATION: 435159

STAN : 001632

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE COMMERCANT