

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

## éducation :

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.

## prothétique :

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

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.

RAS : 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19-

063042

ND: 35833

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0610 Société : R.A.M.

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : JOUNHADI ALI

Date de naissance : 01.01.1946

Adresse : 174 74 Rachid II rue 7 n° 10 Casab

Tél. : 0669249858 Total des frais engagés : 11.29,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

INPE  
04/11/14 6/13

Date de consultation : 126 JUIL 2010 A.Murieit

Nom et prénom du malade : ALLALI FATHIA Age : 67 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Anthrose + Syndrome dépressif

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 : 06000 Le : 04/08/2010

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 04/08/2010

## 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
16 JUL 2020		1	04.144.16.13	دكتور عز الدين العتابي Dr. Azeddine OUTABI Médecine Générale F.S.C.A.M.1008

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmacie du Centre</b> <b>Souad BOUTAFALA</b> <b>Dr. en Pharmacie</b> <b>Près du Centre de Santé</b> <b>Centre Mireft</b>	<i>16/07/2020</i>	<b>1129,80 Dm</b> <b>Pharmacie du Centre</b> <b>Souad BOUTAFALA</b> <b>Dr. en Pharmacie</b> <b>Près du Centre de Santé</b> <b>Centre Mireft</b>

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	Coefficient des travaux
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ROYAUME DU MAROC  
MINISTÈRE DE LA SANTE  
DELEGATION PROVINCIALE  
SRES SIDI IFNI  
CSR2 MIRLEFT



العامة المغربية  
وزارة الصحة  
المندوبية الإقليمية لوزارة الصحة  
مصلحة شبكة المؤسسات الصحية لسيدي بن  
المركز الصحي القرماني المستوى الثاني لمدير الملف

Ministère

16 JUIL 2020

Ordonnance

NOM ET PRENOM :

QUALIJI  
FATIMA

3 x 57,60  
Diprostan 100 mg : 03  
189,80 71 m 145; x 45 J

3 x 60,1  
Zoloft 50 mg  
603,00 1 - 0 - 0 x 06 Mois

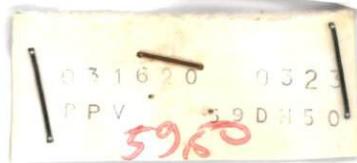
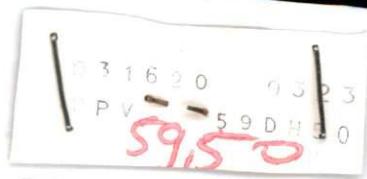
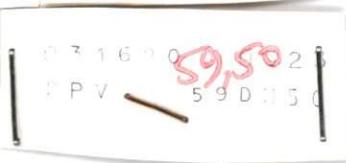
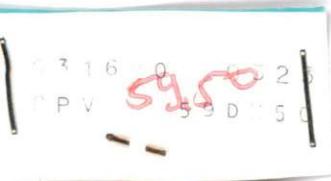
5 x 57,50  
Alperide 50 mg  
357,50 7/2 - 0 - 1/2 - x 6 Mois

Pharmacie du Centre  
Sous la Direction  
De la Direction de Santé  
Près du Centre de Santé  
Centre de Santé

Centre de santé rural niveau 2 MIRLEFT

T: 1129,80.

محمد عز الدين العتاب  
Dr. Azeddine OUTAIBI  
Médecine Générale  
C.S.C.A MIRLEFT



**Diprostone®**

**Suspension injectable en seringue pré-remplie**  
**Bétaméthasone**



611 800115 013 7  
**DIPROSTENE 1 Seringue**  
 P.P.V : 56,80 DH  
 AMM 235DMP/21/NTT  
 Distribué par MSD Maroc  
 B.P. 136 Bouskoura

O



**Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.**

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- 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. Voir rubrique 4.

**Que contient cette notice ?**

1. QU'EST-CE QUE DIPROSTENE, suspension injectable en seringue pré-remplie ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER DIPROSTENE, suspension injectable en seringue pré-remplie ?
3. COMMENT UTILISER DIPROSTENE, suspension injectable en seringue pré-remplie ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER DIPROSTENE, suspension injectable en seringue pré-remplie ?
6. CONTENU DE L'EMBALLAGE ET AUTRES INFORMATIONS.
1. QU'EST-CE QUE DIPROSTENE, suspension injectable en seringue pré-remplie ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?

Classe pharmacothérapeutique : corticoïdes à usage systémique non associés, code ATC : H02AB01. Ce médicament est un corticoïde.

Il est indiqué en cas de rhinite allergique.

Il peut être utilisé en injection locale en dermatologie, en rhumatologie et en ORL.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER DIPROSTENE, suspension injectable en seringue pré-remplie ?

**USAGE PAR VOIE INTRAMUSCULAIRE**

N'utilisez jamais DIPROSTENE, suspension injectable en seringue pré-remplie dans les cas suivants :

- chez les prématurés et nouveau-nés à terme, en raison de la présence d'alcool benzylique,
- la plupart des infections,
- certaines maladies virales en évolution (hépatites virales, herpès, varicelle, zona),
- certains troubles mentaux non traités,
- vaccination par des vaccins vivants,

autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la

**Diprostone®**

**Suspension injectable en seringue pré-remplie**  
**Bétaméthasone**



611 800115 013 7  
**DIPROSTENE 1 Seringue**  
 P.P.V : 56,80 DH  
 AMM 235DMP/21/NTT  
 Distribué par MSD Maroc  
 B.P. 136 Bouskoura

O



**Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.**

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- 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. Voir rubrique 4.

**Que contient cette notice ?**

1. QU'EST-CE QUE DIPROSTENE, suspension injectable en seringue pré-remplie ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER DIPROSTENE, suspension injectable en seringue pré-remplie ?
3. COMMENT UTILISER DIPROSTENE, suspension injectable en seringue pré-remplie ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER DIPROSTENE, suspension injectable en seringue pré-remplie ?
6. CONTENU DE L'EMBALLAGE ET AUTRES INFORMATIONS.
1. QU'EST-CE QUE DIPROSTENE, suspension injectable en seringue pré-remplie ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?

Classe pharmacothérapeutique : corticoïdes à usage systémique non associés, code ATC : H02AB01. Ce médicament est un corticoïde.

Il est indiqué en cas de rhinite allergique.

Il peut être utilisé en injection locale en dermatologie, en rhumatologie et en ORL.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER DIPROSTENE, suspension injectable en seringue pré-remplie ?

**USAGE PAR VOIE INTRAMUSCULAIRE**

N'utilisez jamais DIPROSTENE, suspension injectable en seringue pré-remplie dans les cas suivants :

- chez les prématurés et nouveau-nés à terme, en raison de la présence d'alcool benzylique,
- la plupart des infections,
- certaines maladies virales en évolution (hépatites virales, herpès, varicelle, zona),
- certains troubles mentaux non traités,
- vaccination par des vaccins vivants,

autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la

**Diprostone®**

**Suspension injectable en seringue pré-remplie**  
**Bétaméthasone**



611 800115 013 7  
**DIPROSTENE 1 Seringue**  
 P.P.V : 56,80 DH  
 AMM 235DMP/21/NTT  
 Distribué par MSD Maroc  
 B.P. 136 Bouskoura

O



**Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.**

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- 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. Voir rubrique 4.

**Que contient cette notice ?**

1. QU'EST-CE QUE DIPROSTENE, suspension injectable en seringue pré-remplie ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER DIPROSTENE, suspension injectable en seringue pré-remplie ?
3. COMMENT UTILISER DIPROSTENE, suspension injectable en seringue pré-remplie ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER DIPROSTENE, suspension injectable en seringue pré-remplie ?
6. CONTENU DE L'EMBALLAGE ET AUTRES INFORMATIONS.
1. QU'EST-CE QUE DIPROSTENE, suspension injectable en seringue pré-remplie ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?

Classe pharmacothérapeutique : corticoïdes à usage systémique non associés, code ATC : H02AB01. Ce médicament est un corticoïde.

Il est indiqué en cas de rhinite allergique.

Il peut être utilisé en injection locale en dermatologie, en rhumatologie et en ORL.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER DIPROSTENE, suspension injectable en seringue pré-remplie ?

**USAGE PAR VOIE INTRAMUSCULAIRE**

N'utilisez jamais DIPROSTENE, suspension injectable en seringue pré-remplie dans les cas suivants :

- chez les prématurés et nouveau-nés à terme, en raison de la présence d'alcool benzylique,
- la plupart des infections,
- certaines maladies virales en évolution (hépatites virales, herpès, varicelle, zona),
- certains troubles mentaux non traités,
- vaccination par des vaccins vivants,

autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la

ZO

Sertr

UT. AV : 12 24

P.P.V

LOT N° : 1285980

201 00

201,00

#### COMPOSITION

Gélule 50 mg

P. gélule

Boîte de 15

Boîte de 30

Boîte de 60

Sertraline (D.C.I.) (sous forme de chlorhydrate) 50 mg 750 mg 1500 mg 3000 mg

#### INDICATIONS THERAPEUTIQUES

##### Chez l'adulte :

- Episodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés).
- Prévention des récidives dépressives chez des patients présentant un trouble unipolaire.
- Troubles obsessionnels compulsifs

##### Chez l'enfant de 6 à 17 ans :

- Troubles obsessionnels compulsifs

#### CONTRE INDICATIONS

Zoloft® est contre indiqué chez les patients ayant présenté une hypersensibilité au médicament.

#### PRECAUTIONS D'EMPLOI

Insuffisance hépatique : la sertraline sera dès lors administrée avec prudence à de tels patients.

Insuffisance rénale : bien que la demi-vie soit inchangée sauf dans le cas d'insuffisance rénale très grave (clairance inférieure à 20 ml/min) la sertraline sera utilisée avec prudence chez les patients en insuffisance rénale.

#### GROSSESSE ET LACTATION

Prévenir votre médecin en cas de grossesse.

L'allaitement est déconseillé pendant le traitement.

**EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER à demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.**

#### MISE EN GARDE

Si vous venez de prendre un IMAO, vous devez respecter un délai d'au moins deux semaines avant la prise de Zoloft®, et si vous devez prendre des IMAO après un traitement avec le Zoloft®, vous devez respecter un délai de 2 semaines entre les deux traitements.

#### INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

Afin d'éviter d'éventuelles interactions entre plusieurs médicaments, vous êtes tenus de signaler systématiquement tout autre traitement en cours à votre médecin ou à votre pharmacien.

#### EFFETS SUR LA CAPACITE DE CONDUIRE DES VEHICULES OU D'UTILISER DES MACHINES

Ce médicament pouvant modifier l'attention et les capacités de réactions, il convient d'en tenir compte en cas de conduite de véhicule ou d'utilisation des machines.

ZO

Sertr

UT. AV : 12 24

P.P.V

LOT N° : 1285980

201 00

201,00

#### COMPOSITION

Gélule 50 mg

P. gélule

Boîte de 15

Boîte de 30

Boîte de 60

Sertraline (D.C.I.) (sous forme de chlorhydrate) 50 mg 750 mg 1500 mg 3000 mg

#### INDICATIONS THERAPEUTIQUES

##### Chez l'adulte :

- Episodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés).
- Prévention des récidives dépressives chez des patients présentant un trouble unipolaire.
- Troubles obsessionnels compulsifs

##### Chez l'enfant de 6 à 17 ans :

- Troubles obsessionnels compulsifs

#### CONTRE INDICATIONS

Zoloft® est contre indiqué chez les patients ayant présenté une hypersensibilité au médicament.

#### PRECAUTIONS D'EMPLOI

Insuffisance hépatique : la sertraline sera dès lors administrée avec prudence à de tels patients.

Insuffisance rénale : bien que la demi-vie soit inchangée sauf dans le cas d'insuffisance rénale très grave (clairance inférieure à 20 ml/min) la sertraline sera utilisée avec prudence chez les patients en insuffisance rénale.

#### GROSSESSE ET LACTATION

Prévenir votre médecin en cas de grossesse.

L'allaitement est déconseillé pendant le traitement.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER à demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

#### MISE EN GARDE

Si vous venez de prendre un IMAO, vous devez respecter un délai d'au moins deux semaines avant la prise de Zoloft®, et si vous devez prendre des IMAO après un traitement avec le Zoloft®, vous devez respecter un délai de 2 semaines entre les deux traitements.

#### INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

Afin d'éviter d'éventuelles interactions entre plusieurs médicaments, vous êtes tenus de signaler systématiquement tout autre traitement en cours à votre médecin ou à votre pharmacien.

#### EFFETS SUR LA CAPACITE DE CONDUIRE DES VEHICULES OU D'UTILISER DES MACHINES

Ce médicament pouvant modifier l'attention et les capacités de réactions, il convient d'en tenir compte en cas de conduite de véhicule ou d'utilisation des machines.

ZO

Sertr

UT. AV : 12 24

P.P.V

LOT N° : 1285980

201 00

201,00

#### COMPOSITION

Gélule 50 mg	P. gélule	Boîte de 15	Boîte de 30	Boîte de 60
Sertraline (D.C.I.) (sous forme de chlorhydrate)	50 mg	750 mg	1500 mg	3000 mg

#### INDICATIONS THERAPEUTIQUES

##### Chez l'adulte :

- Episodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés).
- Prévention des récidives dépressives chez des patients présentant un trouble unipolaire.
- Troubles obsessionnels compulsifs

##### Chez l'enfant de 6 à 17 ans :

- Troubles obsessionnels compulsifs

#### CONTRE INDICATIONS

Zoloft® est contre indiqué chez les patients ayant présenté une hypersensibilité au médicament.

#### PRECAUTIONS D'EMPLOI

Insuffisance hépatique : la sertraline sera dès lors administrée avec prudence à de tels patients.

Insuffisance rénale : bien que la demi-vie soit inchangée sauf dans le cas d'insuffisance rénale très grave (clairance inférieure à 20 ml/min) la sertraline sera utilisée avec prudence chez les patients en insuffisance rénale.

#### GROSSESSE ET LACTATION

Prévenir votre médecin en cas de grossesse.

L'allaitement est déconseillé pendant le traitement.

**EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER à demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.**

#### MISE EN GARDE

Si vous venez de prendre un IMAO, vous devez respecter un délai d'au moins deux semaines avant la prise de Zoloft®, et si vous devez prendre des IMAO après un traitement avec le Zoloft®, vous devez respecter un délai de 2 semaines entre les deux traitements.

#### INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

Afin d'éviter d'éventuelles interactions entre plusieurs médicaments, vous êtes tenus de signaler systématiquement tout autre traitement en cours à votre médecin ou à votre pharmacien.

#### EFFETS SUR LA CAPACITE DE CONDUIRE DES VEHICULES OU D'UTILISER DES MACHINES

Ce médicament pouvant modifier l'attention et les capacités de réactions, il convient d'en tenir compte en cas de conduite de véhicule ou d'utilisation des machines.