

# 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 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 de données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angie Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Declaration de M:

N° W19-435213

37533

Maladie  Dentaire  Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2797 Société : .....

Actif  Pensionné(e)  Autre : .....

Nom & Prénom : CHAKIB KANAL .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : 15 DA

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : ACUST LIBRA .....

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 au médecin conseil de la Mutuelle.

25 AOUT 2020

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente et avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnel

Fait à : ..... Le : .....

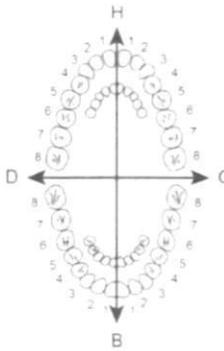
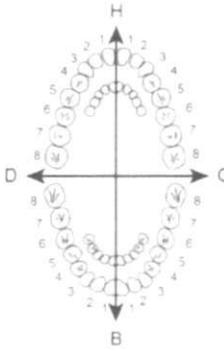
Signature de l'adhérent(e) :

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/03/22	45.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature de																		
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ains																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN A

PHARMACIE CHAABI  
DR KHADIJA CHAABI  
114 RUE NOUHASS EL NAHOUI MAARIF CASA

Tél : 0522990922

Patente N°: 35707589  
N° R.C. :  
Compte :  
CNSS :  
Id.Fiscale :  
ICE :

Le : 10/03/2020

chakib-kamal

FACTURE : 3617 du : 10/03/2020

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
2	BELMAZOL 20MG X7	22,50	45,00	7,00%
Total TTC			45,00	

Arrêtée la présente facture à la somme de : **QUARANTE CINQ DIRHAMS**

	Taux	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	42,06	2,94	45,00
		<b>42,06</b>	<b>2,94</b>	<b>45,00</b>

PHARMACIE CHAABI  
DR KHADIJA CHAABI  
114 RUE NOUHASS EL NAHOUI MAARIF CASA  
Tél: 0522 99 09 22

22,50

### **Eradication de Helicobacter pylori dans la maladie ulcéreuse gastro-duodénale :**

- soit 1 gélule de BELMAZOL® 20 mg + clarithromycine 500 mg + amoxicilline 1000 mg, chacun 2 fois par jour pendant une semaine,

- soit 1 gélule de BELMAZOL® 20 mg + clarithromycine 250 mg (ou 500mg) + métronidazole 400 mg (ou 500mg ou tinidazole 500mg), chacun 2 fois par jour pendant une semaine,

- soit 2 gélules de BELMAZOL® 20 mg une fois par jour + amoxicilline 500 mg + métronidazole 400 mg (ou 500 mg ou tinidazole 500 mg), chacun des deux 3 fois par jour pendant une semaine.

Si le patient présente encore H pylori après cette trithérapie, le traitement peut être répété.

**Traitement des ulcères gastriques et duodénaux associés à la prise d'AINS :** 1 gélule de BELMAZOL® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

**Prévention des ulcères gastriques et duodénaux associés à la prise d'AINS chez les patients à risque** (âge > 60 ans, antécédents d'ulcères gastriques et duodénaux, antécédent d'hémorragie digestive haute) : 1 gélule de BELMAZOL® 20 mg par jour.

**Traitement de l'œsophagite par reflux :** 1 à 2 gélules par jour pendant 4 à 8 semaines.

**Traitement d'entretien des patients après cicatrisation d'une œsophagite par reflux :** la dose peut augmenter à 2 gélules de BELMAZOL® 20 mg par jour.

**Traitement du reflux gastro-œsophagien symptomatique :** 1 gélule de BELMAZOL® 20 mg par jour pendant 4 semaines.

**Traitement du syndrome de Zollinger-Ellison :** 3 gélules par jour. Pour des posologies supérieures à 80 mg par jour, la dose journalière devra être divisée et donnée en 2 prises.

#### **• Enfant :**

Enfant de plus de 1 an et 10 - 20 kg :

**Traitement symptomatique du pyrosis et des régurgitations acides en cas de reflux gastro-œsophagien :** la posologie recommandée est de 10 à 20 mg 1 fois par jour pendant 2 à 4 semaines.

**Œsophagite par reflux :** la posologie recommandée est de 10 à 20 mg 1 fois par jour pendant 4 à 8 semaines.

Enfant de plus de 2 ans et > 20 kg :

**Traitement symptomatique du pyrosis et des régurgitations acides en cas de reflux gastro-œsophagien :** la posologie recommandée est de 20 à 40 mg 1 fois par jour pendant 2 à 4 semaines.

**Œsophagite par reflux :** la posologie recommandée est de 20 à 40 mg 1 fois par jour pendant 4 à 8 semaines.

Adolescent et enfant de plus de 4 ans :

**Traitement de l'ulcère duodéal associé à une infection par H.pylori :**

Poids (15-30 kg) : oméprazole 10 mg + amoxicilline 25 mg/kg de poids corporel + clarithromycine 7,5 mg/kg de poids corporel sont administrés simultanément 2 fois par jour pendant une semaine.

Poids (31-40 kg) : oméprazole 20 mg + amoxicilline 750 mg + clarithromycine 7,5 mg/kg de poids corporel administrés simultanément 2 fois par jour pendant une semaine.

Poids (> 40 kg) : oméprazole 20 mg + amoxicilline 1 g + clarithromycine 500 mg administrés simultanément 2 fois par jour pendant une semaine.

#### **• Population particulière :**

**Insuffisants rénaux :** aucun ajustement posologique n'est nécessaire.

**Insuffisants hépatiques :** une dose journalière de 10 mg-20 mg peut suffire.

**Sujets âgés (> 65 ans) :** aucune adaptation posologique n'est nécessaire.

**DANS TOUS LES CAS VOUS DEVREZ VOUS CONFORMER STRICTEMENT À L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.**

### **b) VOIE ET MODE D'ADMINISTRATION**

Voie orale.

Il est recommandé de prendre les gélules de Belmazol® 20 mg le matin, de préférence à jeun.

22,50

### **Eradication de Helicobacter pylori dans la maladie ulcéreuse gastro-duodénale :**

- soit 1 gélule de BELMAZOL® 20 mg + clarithromycine 500 mg + amoxicilline 1000 mg, chacun 2 fois par jour pendant une semaine,

- soit 1 gélule de BELMAZOL® 20 mg + clarithromycine 250 mg (ou 500mg) + métronidazole 400 mg (ou 500mg ou tinidazole 500mg), chacun 2 fois par jour pendant une semaine,

- soit 2 gélules de BELMAZOL® 20 mg une fois par jour + amoxicilline 500 mg + métronidazole 400 mg (ou 500 mg ou tinidazole 500 mg), chacun des deux 3 fois par jour pendant une semaine.

Si le patient présente encore H pylori après cette trithérapie, le traitement peut être répété.

**Traitement des ulcères gastriques et duodénaux associés à la prise d'AINS :** 1 gélule de BELMAZOL® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

**Prévention des ulcères gastriques et duodénaux associés à la prise d'AINS chez les patients à risque** (âge > 60 ans, antécédents d'ulcères gastriques et duodénaux, antécédent d'hémorragie digestive haute) : 1 gélule de BELMAZOL® 20 mg par jour.

**Traitement de l'œsophagite par reflux :** 1 à 2 gélules par jour pendant 4 à 8 semaines.

**Traitement d'entretien des patients après cicatrisation d'une œsophagite par reflux :** la dose peut augmenter à 2 gélules de BELMAZOL® 20 mg par jour.

**Traitement du reflux gastro-œsophagien symptomatique :** 1 gélule de BELMAZOL® 20 mg par jour pendant 4 semaines.

**Traitement du syndrome de Zollinger-Ellison :** 3 gélules par jour. Pour des posologies supérieures à 80 mg par jour, la dose journalière devra être divisée et donnée en 2 prises.

#### **• Enfant :**

Enfant de plus de 1 an et 10 - 20 kg :

**Traitement symptomatique du pyrosis et des régurgitations acides en cas de reflux gastro-œsophagien :** la posologie recommandée est de 10 à 20 mg 1 fois par jour pendant 2 à 4 semaines.

**Œsophagite par reflux :** la posologie recommandée est de 10 à 20 mg 1 fois par jour pendant 4 à 8 semaines.

Enfant de plus de 2 ans et > 20 kg :

**Traitement symptomatique du pyrosis et des régurgitations acides en cas de reflux gastro-œsophagien :** la posologie recommandée est de 20 à 40 mg 1 fois par jour pendant 2 à 4 semaines.

**Œsophagite par reflux :** la posologie recommandée est de 20 à 40 mg 1 fois par jour pendant 4 à 8 semaines.

Adolescent et enfant de plus de 4 ans :

**Traitement de l'ulcère duodéal associé à une infection par H.pylori :**

Poids (15-30 kg) : oméprazole 10 mg + amoxicilline 25 mg/kg de poids corporel + clarithromycine 7,5 mg/kg de poids corporel sont administrés simultanément 2 fois par jour pendant une semaine.

Poids (31-40 kg) : oméprazole 20 mg + amoxicilline 750 mg + clarithromycine 7,5 mg/kg de poids corporel administrés simultanément 2 fois par jour pendant une semaine.

Poids (> 40 kg) : oméprazole 20 mg + amoxicilline 1 g + clarithromycine 500 mg administrés simultanément 2 fois par jour pendant une semaine.

#### **• Population particulière :**

**Insuffisants rénaux :** aucun ajustement posologique n'est nécessaire.

**Insuffisants hépatiques :** une dose journalière de 10 mg-20 mg peut suffire.

**Sujets âgés (> 65 ans) :** aucune adaptation posologique n'est nécessaire.

**DANS TOUS LES CAS VOUS DEVREZ VOUS CONFORMER STRICTEMENT À L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.**

#### **b) VOIE ET MODE D'ADMINISTRATION**

Voie orale.

Il est recommandé de prendre les gélules de Belmazol® 20 mg le matin, de préférence à jeun.