

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.

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.

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
- 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 personnelles.

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

ND: 38516

Déclaration de Maladie : № P19-0020184

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1373 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MARAYA HAKAB Date de naissance : 1950

Adresse : 0 MA 250 DEROUA

Tél. 06 33 53 3001 Total des frais engagés : 974,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BOUTALEB Khalid
30, Bd du 11 Janvier Lot. Chabab
DEROUA - Tél : 06.44.71.29.91

Date de consultation : 28/08/2020

Nom et prénom du malade : MARAYA SAIYA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HTA + Diabète

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.

03 SEP. 2020

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

1/2

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
28/08	C	1	120dhs	Dr. BOUTALEB Khalid 30; Bd du 11 Janvier Lt. Chabab DEROUA - Tél : 06.44.71.29.91

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE D'ORDONNANCE TEL 0524 515190	28/08/2020	974,00 DH

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	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

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

Docteur BOUTALEB Khalid

Médecine Générale
Médecine du Travail de la
Faculté de Médecine PARIS
Expert Assermenté près les Tribunaux
Electrocardiogramme
Médecin Agrée pour le Permis de Conduire



الدكتور بوطالب خالد

الطب العام
الاختصاصي في طب الشغل من كلية
الطب بيباريس
خبير محلف لدى المحاكم
تخطيط القلب
الشهادة الطبية لرخصة السيارة

DEROUA, LE : 28/08/2020 : الدروة في :

MARARY Saida

158,30

1/ A provel 150 mg



27,70

2/ Cardiospirine 100 mg

27/08/2020
DEROUA
TELE 0521 815 190

1 cp/j pdt 3 mois

49,00

3/ Glucovance 500 mg/2,5 mg



647,00

1 cp/j pdt 3 mois



4/ Novo Rapid

30 U I/j pdt 3 mois

99,00

5/ Odedes 20 mg



1 gélule/j pdt 1 se

Dr. BOUTALEB Khalid
30, Bd du 11 Janvier Lot. Chabab

DEROUA Tél : 06 44 71 29 91

06 44 71 29 91 شارع 11 يناير تجزئة الشباب (قرب البنك الشعبي خديجة) - الدروة - الهاتف :

30 Boulevard du 11 Janvier, Lot Chabab - Deroua (En face de la Banque Populaire)

Tél. : 05 22 51 50 01 - 06 44 71 29 91 - E-mail : dr.boutaleb@hotmail.fr

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 d'autres questions, demandez plus d'informations à votre médecin.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre. Si en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

... à votre pharmacien

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280



CARDIOASPIRINE®

100 mg, comprimés gastro-résistants

Dans cette notice :

1. Qu'est ce que CardioAspirine 100 mg et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations nécessaires à connaître avant de prendre CardioAspirine 100 mg ?
3. Comment prendre CardioAspirine 100 mg ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver CardioAspirine 100 mg ?
6. Informations supplémentaires

1. QU'EST CE QUE CARDIOASPIRINE 100 MG ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?

Les comprimés contiennent comme principe actif l'acide acétylsalicylique. Ce dernier inhibe, à doses réduites, la synthèse des prostaglandines. Grâce à un film de protection contre l'acidité gastrique, le

OEDES® 20 mg

Microgranules gastro-résistants en gélules

Veuillez lire attentivement

- Gardez cette notice, vous aurez toujours une copie à portée de main.
- Si vous avez toute autre question, n'hésitez pas à contacter votre pharmacien ou votre médecin.
- Ce médicament vous a été prescrit par votre médecin pour une maladie ou un symptôme spécifique. Ne le prenez pas sans avis de votre médecin.
- Si l'un des effets indésirables mentionnés dans la notice n'a pas été mentionné dans le présent document, il n'est pas nécessaire de consulter votre médecin.

LOT 191338
EXP 04/2022
PPV 99.00DH

DÉNOMINATION DU PRODUIT

OEDES® 20 mg

COMPOSITION :

Chaque gélule contient 20mg de substance active : oméprazole.

Excipients : qsp 1 gélule.

FORME PHARMACEUTIQUE ET PRÉSENTATIONS :

Microgranules gastro-résistants en gélules. Disponibles en boîtes de 7, 14, 28 et 56 gélules.

CLASSE PHARMACOLOGIQUE OU THÉRAPEUTIQUE :

Oedes 20mg, microgranules gastro-résistants en gélule contient une substance appelée oméprazole. C'est un médicament de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons. Il diminue la sécrétion acide au niveau de l'estomac.

DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

Indications :

Adulte :

- En association à une bithérapie antibiotique, éradication de Helicobacter pylori en cas de maladie ulcéruse gastroduodénale.
- Ulcère duodénal évolutif.
- Ulcère gastrique évolutif.
- Oesophagite érosive ou ulcérale symptomatique par reflux gastro-œsophagien.
- Traitement symptomatique du reflux gastro-œsophagien associé ou non à une oesophagite, en cas de résistance à la posologie de 10 mg d'oméprazole par jour.
- Traitement d'entretien des ulcères duodénaux chez les patients non infectés par Helicobacter pylori ou chez qui l'éradication n'a pas été possible.
- Traitement d'entretien des œsophagites par reflux gastro-œsophagien.
- Syndrome de Zollinger-Ellison.
- Traitement des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens lorsque la poursuite des anti-inflammatoires est indispensable.
- Traitement préventif des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens chez les patients à risque (notamment âge supérieur à 65 ans, antécédents d'ulcère gastroduodénal) pour lesquels un traitement anti-inflammatoire est indispensable.

Enfant à partir de 1 an :

- Oesophagite érosive ou ulcérale symptomatique par reflux gastro-œsophagien.

DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT

Contre-indications :

Ne prenez jamais Oedes 20mg, microgranules gastro-résistants en gélule :

- En cas d'allergie connue à l'un des composants de ce médicament.
- En association avec l'atazanavir associé au ritonavir (médicament anti-infectieux).

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

APROVEL®

irbésartan/irbe

28 comprimés pe
film-coated tal

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Aprovel 150 mg. cp. b 28
P.P.V : 158,30 DH



6 118001 080892

150mg

sanofi aventis

Distribué sous licence

-- LAPROPHAN S.A.--

21,rue des Oudaya

Casablanca - Maroc

PPV : 42DH00

Glucovance® 500 mg/2,5 mg

comprimé pelliculé

30 comprimés pelliculés



 **MERCK**

5x3 ml

NovoRap FlexPen®

100 U/ml

8-9670-73-270-1

100 U/ml

NovoRapid® FlexPen®
100U/ml
Solution injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 647 DH



6 1180 1121304