

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **armacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **diologie 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.

## **tique :**

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.

## **ntaire :**

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.

## **aladie 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 caractére 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](http://www.mupras.com)

53639

**Déclaration de Maladie : N° P19- 0016361**

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : **1856**

Société : **RAM**

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom : **ISLAQ KH.NATA** Date de naissance : **25/06**

Adresse : **5c lot KHALFAoui Oujda**

Tél. : **0667128700** Total des frais engagés : **336,30** Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : **07/11/2010**

Nom et prénom du malade : **ISLAQ KH.NATA**

Lien de parenté : **Elle-même**

Nature de la maladie : **Anémie**

**KH.NATA**

Age : **64**

**Conjoint**

**Enfant**

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 : **Oujda**

Le : **02/11/2010**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

### 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
02/11/2020	02	AG-		<i>Docteur Abdellah Benmoula Dentiste Radiologue Prostéthiste Al-Saad Médical Centre Ibn Khaldoun Oujda</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie BENQACHOUR Dr. Latifa BENQACHOUR Bd. Sidi Yahya N°12 Tél. 70 53 02 OUJDA	02/11/2020	336,30-

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

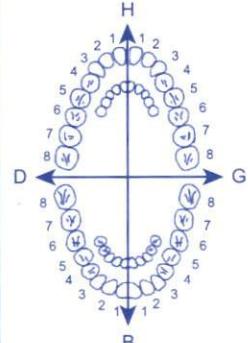
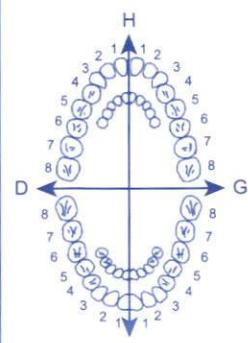
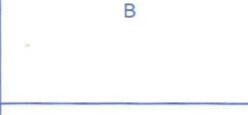
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS      VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Abdelmalek GHOMARI**

Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Montpellier (France)

Ancien Attaché à la Clinique  
Dermatologique du C.H.U. de Montpellier

Spécialiste des Maladies de  
la Peau du Cuir chevelu - Maladies  
sexuellement transmissibles - Varices

Maladies Allergiques

- Photorajeunissement
- Laser Esthétique

Oujda, le 02 / 11 / 2020 وحدة، في

SCAOUi Khamata

87,30

- DermoFix crème 50g  
le soin → 3 mois.

72,50

- Différine crème 50g  
le matin → 3 mois

50,00

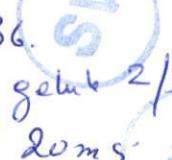
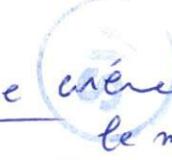
- Folifex 5 gélules 1j → 15j

78,00

- Meli-Mag. B6 5

48,50

- Cotipred dom 5 2/5



DIFFERINE 0,1%  
crème tube de 30 g  
AMM N° 291 DMP/21/NCV  
PPV : 72,50 DH  
Distribué par SOTHEMA  
B.P N° 1, 27182 Bouskoura-Maroc

6 118001 070206



Pharmacie BENQACHOUR  
Dr. Latifa BENQACHOUR  
Bd. Sidi Yahya N°1  
Tél: 70 53 62 OUJDA

Docteur Abdelmalek GHOMARI  
Dermatologue-Vénérologue Allergologue  
Medicine Esthétique LASER  
Bd. Allal Ben Abdellah et Ibn Khaldoun  
Oujda

زاوية شارع علال بن عبد الله وابن خلدون، إقامة أريان - وحدة. الهاتف: 05 36 70 09 00

Angle Bd Allal Ben Abdellah et Ibn Khaldoun. Résid.Arayane - OUJDA  
Tél. 05 36 70 09 00 - GSM: 06 61 26 17 26 - E-mail: ghomari.malek@gmail.com

# MELI MAG® B6

Magnésium marin, extrait de mélisse et vitamine B6

## FORME ET PRÉSENTATION

Gélule,

MELIMAG B6

P.P.C : 78BH

UT av:07/23 Lot: MM22

BIOXPERT

COMP

Magnés

mélisse

de Magnésium élément), Extrait sec de

stéarate de Magnésium, Amidon de Mais,

Capsule végétale en HPMC hypromélose.

## PROPRIETES :

- \* Aide à réduire les états de Stress, de Nervosité et de Fatigue.
- \* Favorise la Détente, la Relaxation et la bonne qualité du Sommeil.

## CONSEILS D'UTILISATION :

2 gélules par jour avec un grand verre d'eau.

## PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

- Femmes enceintes ou allaitantes, demandez conseil à votre médecin.
- Ne pas dépasser la dose journalière recommandée
- Ne pas laisser à la portée des enfants
- A conserver à l'abri de l'humidité et de la chaleur

Fabriqué par les Laboratoires Bioxpert Maroc.

Promotion Médicale Bioxpert Pro Maroc.

Complément alimentaire n'est pas un médicament.

Autorisation du ministère de la santé n° : DA20161412317DMP/20UCA/MAv2

Autorisation sanitaire ONSSA n° : EPSCP.9.12.14

# FOLIFER®

## sulfate ferreux + acide folique

### DENOMINATION, FORME ET COMPOSITION

FOLIFER®, boîte de 28 gélules à libération prolongée :

Sulfate ferreux ..... 150 mg

Acide fr ..... 500 µg

Excipie ..... 1 gélule.

Chaque gélule contient chacune à 150 mg en sulfate ferreux et 500 µg en acide folique

~~LOT:18031 PER:10,  
PPV:50,00 DH~~

### CLAS

Prépar

### IQUE

Laboratoires Steripharm  
Z.I LINA, n° 347 - Sidi Mâarouf -  
Amine TAHIRI - Pharmacien Re.

### INDIC

Traitements préventifs des carences en fer et en acide folique pendant la grossesse.

Traitements des anémies hyposidérémiques.

Traitements des anémies macrocytaire par carence en acide folique.

### CONTRE-INDICATIONS

Hypersensibilité aux principes actifs ou autres composants avec une surcharge martiale.

### MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS PARTICULIERES D'EMPLOI

#### Mise en garde

Administration prudente aux patients qui peuvent développer une surcharge martiale à savoir, ceux atteints d'hémochromatose, d'anémie hémolytique ou d'aplasie érythroblastique.

L'absence de réponse au traitement peut indiquer d'autres causes d'anémie et doit faire l'objet d'examens plus approfondis.

L'association acide folique + fer n'est pas justifié pendant le 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse en l'absence de carence en l'un de ces éléments.

# Cotipred® 20 mg

Prednisolone

## COMPOSITION :

Prednisolone (Sous forme métasulfobenzoate sodique) exprimé en base ..... 20 mg  
Excipient q.s.p..... 1 comprimé.  
Excipients à effet notoire : lactose, sorbitol (contenu dans l'arôme orange-pamplemousse)

## PRESENTATION :

Boîte de 20 comprimés solubles effervescents avec barre de cassure.

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Ce médicament

Il est indiqué

## CONTRE-INDICATIONS :

Ce médicament

- la plupart

varicelle, z

- allergie à

Ce médicament

médecin, cardiaque

EN CAS D'INTERDIT

DE VOTRE MÉDECIN

MISES EN GARDE

SPECIALES :

Ce médicament doit être pris sous stricte surveillance médicale.

## AVANT LE TRAITEMENT :

Prévenir votre médecin en cas de vaccination récente, en cas d'ulcère digestif, de maladie du côlon, d'intervention chirurgicale récente au niveau de l'intestin, de diabète, d'hypertension artérielle, d'infection (notamment antécédents de tuberculose), d'insuffisance hépatique, d'insuffisance rénale, d'ostéoporose et de myasthénie grave (maladie des muscles avec fatigue musculaire).  
Prévenir votre médecin en cas de séjour dans les régions tropicales, subtropicales ou le sud de l'Europe, en raison de maladies parasitaires.

## PENDANT LE TRAITEMENT :

Eviter le contact avec les sujets atteints de varicelle ou de rougeole.

En cas de traitement prolongé, ne jamais arrêter brutalement le traitement mais suivre les recommandations de votre médecin pour la diminution des doses.

Sous traitement et au cours de l'année suivant l'arrêt du traitement, prévenir le médecin de la prise de corticoïde, en cas d'intervention chirurgicale ou de situation de stress (fièvre, maladie).

## PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

Pendant le traitement, votre médecin pourra vous conseiller de suivre un régime, en particulier pauvre en sel. Tenir compte de la teneur en sodium (51 mg par comprimé).

**EN CAS DE DOUCE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

## INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS :

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 et notamment des médicaments pouvant donner certains troubles du rythme cardiaque : astémizole, bêpridil, erythromycine en injection intra-veineuse, halofantrine, pentamidine, sparfloxacine, sultopride, vincamine.

## GROSSESSE - ALLAITEMENT :

**GROSSESSE :** Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse qu'en cas de nécessité. Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité de poursuivre ce traitement.

**ALLAITEMENT :** L'allaitement est à éviter pendant le traitement en raison du passage dans le lait maternel.



boîte n° 82, Allée des Casuarinas - Ain Séba - Casablanca  
S.Bachouch - Pharmacien Responsable

est utilisé pour son effet anti-inflammatoire.

SE dans les cas suivants : malades viraux en évolution (hépatites virales, herpès, grippe non traités, - vaccination par des vaccins vivants,

**IT PAS ETRE UTILISE**, sauf avis contraire de votre médecin, pouvant however certains troubles du rythme et autres interactions)

**E DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU**

# **DERMOFIX® Crème**

## **Sertaconazole**

### **Composition :**

Sertaconazole nitrate .....	2 g
Excipients (dont E218 & Acide sorbique) .....	100 g

**Pri**

**Le**

**- I**

**- C**

**- E**

**- F**

**- P**

**- R**

**- T**

**- I**

**- D**

**- E**

**- E**

**- N**

**- E**

**- C**

**- O**

**- N**

**- D**

**- A**

**- M**

**- I**

**- S**

**- T**

**- R**

**- E**

**- R**

**- T**

**- R</**