

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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
 0 Prise en charge : pec@mupras.com
 0 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.

N° P19- 0041758

00 = 285 99 Optique Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom :

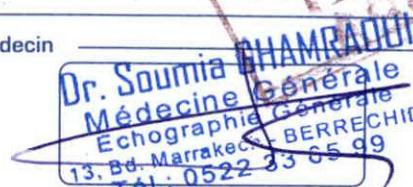
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :


 Dr. Soumia CHAMRAOUI
 Médecine Générale
 Echographie Générale
 13, Bd. Marrakech BERRECHID
 Tel. : 0522 33 65 99

Date de consultation : 01/06/2020

Nom et prénom du malade : AZMI Milouda Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Epigastriques + Génotrope gauche

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 041758

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
01/06 2020	1C	21	150 DH	<i>Soumia GHAMRADE</i> Séine Générale raphie Générale nch 26 65 99

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>ASMOUN Sami Docteur en Pharmacie Rue ASS LAM Hay Al Houde BEN ACHID 622 32 84 94</p>	01/06/2020	312,90

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	

VIOLET ADHERENT

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

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'ODT.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Soumia Ghamraoui

Lauréate de la Faculté
de Médecine de Casablanca

Médecine Générale

Echographie Générale

PHARMACIE ARAFA
ASMOUN Samir
Docteur en Pharmacie
ASSALAM Hay Al Houda
BERRECHID
Tél: 05 22 32 84 99

الدكتورة سمية الغمراوي

خريجة كلية الطب
بالمدار البيضاء
الطب العام
الفحص بالصدى

Berrechid, le

01/06/2020

Dr. Soumia Ghamraoui
Berrechid, le 01/06/2020



AZMI Milouda

- 1) Raciper (20) cp (B. 14).
48,40 1 cp J le matin à jeun.
- 2) Gaviscon advance 500cp
49,40 1. calc x 2 J, aps.
- 3) Coltrax 4P
44,20 1 cp x 2 J, aps 6g
- 4) Naprogel gel
84,00 1 app x 3 J.
- 5) Theramag gel
T. 312,50 1 gel J le soir, à 18h

PHARMACIE ARAFA
ASMOUN Samir
Docteur en Pharmacie
13, Bd de Marrakech, Hay Kadiri
Berrechid, Tél: 05 22 33 65 99
Tél: 05 22 32 84 99

Dr. Soumia GHAMRAOUI
Médecine Générale
Echographie Générale
13, شارع مراكش، حي كادير
13, Bd. Marrakech, BERRECHID
بريشيد - الهاتف: 05 22 33 65 99
Tél.: 05 22 32 84 99

كولتراكس

الاستخدام عند الأطفال والمراهقين: لا ينصح باعطاء هذا الدواء للأطفال أو المراهقين الذين تقل أعمارهم عن 16 سنة لأنهم تعلق بالسلامة.

ربع
قرص

كيفية الاستعمال:
الاقراص: عن طريق الفم.
الامبولات: حقن ضماعلي.

حذار!
في أية حالة لا يجب استعمال هذا الدواء؟
إذا آخر طبيبك يأن لديك حساسية تجاه بعض السكريات، فاتصل بطبيبك قبل تناول هذا الدواء.

لا تتناول كولتراكس في حالة:
- إذا كنت تعاني من حساسية (حساسة) إلى تيوكوليشيكوسيد، أو أي من المكونات الأخرى لهذا الدواء.
- إذا كنت حاملاً يمكن أن تصبحي حاملاً أو تعتقدين أنك حامل.
- إذا كنت امرأة في سن الإنجاب ولا تستخدمني وسائل منع الحمل.
- إذا كنت تتعرضين لطفلك رضاعة طبيعية.
- إذا كان لديك اضطرابات نزيف أو إذا كنت على علاج مضاد للتجلط (مواتع مرتبط بالحقن الضماعلي) بالنسبة للامبولات.
- في حالة الشك، من الضروري أن تسأل نصيحة طبيبك أو الصيدلي.

49,40

الصيدلي يحصل على مزيد من المعلومات.
تم وصف هذا الدواء خصيصاً لك. لا تعطيه لأي شخص آخر حتى مع أعراض مماثلة. يمكن أن يكون ضاراً له.
إذا أصبح أي من الآثار الجانبية خطيراً، أو إذا لاحظت أي آثار جانبية غير مدرجة في هذه النشرة، يرجى إخبار طبيبك أو الصيدلي.

تعريف الدواء

التركيب النوعي (الشكبي):

قرص

تيوكوليشيكوزيد

سواغات

في كل قرص

4 ملغم

كمية كافية لقرص واحد

سواغ ذات تأثير معروف:
اللاكتوز والساكاروز

محلول لحقن ضماعلي
تيوكوليشيكوسيد
سواغات

سواغ ذات تأثير معروف:
الموريدوم

الصنف الصيدلي والعلاج:
مرخي للعضلات.

الآثار الجانبية:
مثل جميع الأدوية، كولتراكس من المحموم أن يكون له بعض الآثار الجانبية، لكنها لا تتجلى بشكل أتونومانيكي عند جموع الناس.

تحدث الآثار الجانبية التالية بشكل متكرر:
- اضطرابات الجهاز الهضمي مثل الإسهال والألم المعدة. إذا حدثت هذه التأثيرات، يجب أن تخبر طبيبك.
- نعاس.

الآثار الجانبية التالية تحدث بشكل أقل نسبياً:
- اضطرابات الجهاز الهضمي مثل الغثيان والقيء. إذا حدثت هذه التأثيرات، يجب أن تخبر طبيبك.
- ردود فعل الجلد مثل الحكة والاحمرار والبثور أو فقاعات على الجلد.

نادراً ما تحدث الآثار الجانبية التالية:
- قد يسبب هذا الدواء رد فعل تحسسي مثل الطفح الجلدي.
- الاستيارة أو غياب الوعي العابر بالنسبة لاستعمال محلول الحقن.

الآثار الجانبية التالية غير معروفة التردد:
- قد يسبب هذا الدواء رد فعل تحسسي مثل وذمة كوبينك (قد يؤدي التورم المفاجئ في الرقبة والوجه إلى صعوبة في التنفس)، كما يمكن أن يسبب صدمة تأقية (تفاعل تحسسي حاد يعرض المريض للخطر مع ازدياد مفاجئ وانخفاض ملحوظ في ضغط الدم. قد يسبقه ظفح جلدي من البثور والحكمة والاحمرار على الجلد وصعوبة للتنفس وتورم الوجه و/ أو الرقبة).
- نوبة صرع أو نكارة في مرضي المرض.
- مرض الكبد (التهاب الكبد).
- فقدان وعي مؤقت خلال الدافانق القليلة بعد أخذ الحقنة الضماعلية.

في كل امبولة
4 ملغم
كمية كافية ل 2 مل

في أية حالة يستعمل هذا الدواء؟
علاج مساعد لقليلات العضلات المؤلمة في أمراض العمود الفقري الحادة عند البالغين والمراهقين إنديما من 16 سنة.

كيف يستعمل هذا الدواء؟

الآثار: الجرعة الموصى بها والحد الأقصى 8 ملغم كل 12 ساعة (16 ملغم يومياً). تقصّر مدة العلاج على 7 أيام متالية.

محلول لحقن ضماعلي: الجرعة الموصى بها والحد الأقصى هي 4 ملغم كل 12 ساعة (أي 8 ملغم يومياً). مدة العلاج تقصّر على 5 أيام متالية.

لا تتجاوز الجرعة الموصى بها أو مدة العلاج.
لا ينبغي أن يستخدم هذا الدواء لعلاج على المدى الطويل.

Naprogel

NAPROXÈN

44,20

COMPOSITION :

Naproxène 10g
Excipients q.s.p 100g

PROPRIETES :

Anti-inflammatoire non stéroïdien doué d'une activité anti-inflammatoire et analgésique marquée.

INDICATIONS :

Traitements locaux de :

- Myalgies, contusions et claquage musculaire.
- Entorses et luxations
- Thromboses superficielles, hématomes, œdèmes, infiltrations traumatiques, phlébites et varices inflammées.
- Fibromyosites, bursites, tendinites, ténosynovites et périarthrites.
- Préparation ou instauration concomitante de traitement orthopédique et réhabilitant.

POSOLOGIE :

Le gel doit être appliqué, sur la partie à traiter, 1 à 2 fois par jour, en massant légèrement jusqu'à absorption totale.

CONTRE-INDICATIONS :

Hypersensibilité individuelle avérée.

MISES EN GARDE :

La part de principe actif (Naproxène) peut entraîner des troubles de la circulation en règle générale.

Chez la femme enceinte, le produit n'a pas été mis en évidence dans la nécessité.

Bien agiter avant usage.

Ne pas réfrigérer.

Tenir hors de portée des enfants.

Fabricant titulaire de licence au Royaume Uni :

Reckitt Benckiser Healthcare (UK) Ltd, Hull, HU8 7DS.

Gaviscon Advance, l'épée et le cercle sont des

marques de commerce.

Utiliser dans les 6 mois après ouverture.

AMM No 104/14 DMP/21

PPV 48 DH 40

EFFETS SECONDAIRES :

L'utilisation du produit, surtout si elle entraîne des phénomènes de sensibilisation ; si cela est le cas, arrêter immédiatement l'utilisation et prendre les mesures thérapeutiques nécessaires.

PRESENTATION :

Naprogel® gel à 10% : Tube de 50



تيير إمباكت B6



المشكل و التقدير

كبسولة علىية 30 كبسولة

الخصائص:

تيير إمباكت[®] B6 يحتوي على مختزروم من أصل بحرى وفيتامين B6.
تيير إمباكت[®] B6 يساعد على تحسين الوظائف العصبية والعقلية، بتلبية
البوجمية.
تيير إمباكت[®] B6 يساهم في الحد من التعب العصبي والنفسي (أو قرفة،
صعوبة في النوم والكثير) كما يساهم في الحفاظ على وظائف العضلات
المختزروم إلى حدوث تشنجات عضلية وتقلبات).

نصالح الإستعمال:

كبسولة واحدة (1) في اليوم، مع كوب كيوب من الماء.

احتياطات الإستعمال:

- احترام الكيفية المنشورة بها.
- يوضع بعيدا عن متناول الأطفال الصغار.
- يستعمل كمدخل للتغذية متواتدة.
- يحفظ بعيدا عن ال حرارة والرطوبة.
- مكمل غذائي ليس بدواء.

صنع عن طرف مختبر أبيب - فونتينس - فرنسا

مستورد إلى المغرب من طرف طير إفاز

رخصة وزارة الصحة رخصة رقم: 2005CA/61: 05/10/2017

رخصة المكتب الوطني للسلامة الصحية للمستحضرات العدلية رقم: 16.1.230.555