

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 des données à caractère 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



Déclaration de Maladie

N° W19-482940

60508

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9390

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MAR CHOURI

SAID

Date de naissance :

31.01.1965

Adresse :

GATT 141, FREBLI T. A.D 12 DYA EL NEZER
TASSAFAT. CASABLANCA

Télé. :

0611892093

Total des frais engagés :

21.000

MUPRAS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

01/02/2021

Nom et prénom du malade :

Nosken Kacima

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Algue

dr

canal

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 : N.S.R

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 17/2/2021

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-482940

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

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

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
21/02/11	C		150.00 DH	INP : 0911685011
				Dr Mustapha Ancien Médecin Hôpitaux Militaires Section n° 15 N° 6501

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

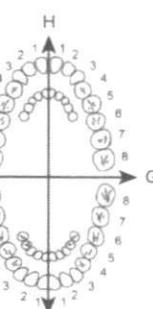
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
					<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS	
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION	
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION 	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX 
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS 	
D	35533411	B	11433553	<input type="text"/> DATE DU DEVIS 	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION 

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور الناجي مصطفى

خريج المدرسة الملكية للصحة العسكرية بالرباط
 طبيب كلية الطب بالرباط
 طبيب عسكري سابق بالمستشفى العسكري - الرباط
 طبيب سابق بالمستشفى العسكري الفرنسي - باريس



عيادة

طب الأطفال

داء السكري - الكوليستروول

ارتفاع الضغط الدموي - التخطيط الكهربائي للقلب

أمراض الغدد / عقم الزوجين / أمراض المفاصل

الطب النفسي - أمراض الجهاز العصبي

Casablanca, le : 01-02-21

Nom et Prénom : Masker Larissa

Demande de

Avr en 11

SV

SV

100,00

Razm 10: 1--> 11 Avr

57,10

Porte mon (st): 1--> 11 Avr

22,00

Cadiprone: 1-1-1 11 Avr

179,30

Dr. Mustapha NAJI
 Ancien Médecin
 des Hôpitaux Militaires
 Lissasfa Extension n° 353 Casablanca
 Tel : 0522 65 07 04

PHARMACIE LA VALLEE
 Dr. Mohammed Aissaoui
 Lot Opérations Lissasfa E2
 CASABLANCA - 161 04
 ICE: 002052043000057

BREXIN®

Piroxicam Béta-cyclodextrine

Composition :

Comprimés sécables	Suppositoires	Sachets
20 mg	20 mg	20 mg
1 comprimé Lactose	1 suppositoire	1 sachet Aspartam et Sorbitol

Brexin® 20 mg

Piroxicam Béta-cyclodextrine

10 sachets

PROMOPHARM S.A.



6 118000 240174



pe des oxicams.

res aigus et chroniques.

- Antécédents d'allergie ou d'asthme déclenchés par la prise de piroxicam, de substances d'activité proche telles que autres AINS ou l'Aspirine.
- Hypersensibilité à l'un des constituants.
- Ulcère gastroduodénal en évolution, insuffisance hépatocellulaire sévère ou insuffisance rénale sévère.

LCL 20013
 FLE MAI 23
 FFV 570 H10

57/10

ans les sachets.

hémorragies, héparine, lithium, méthotrexate et ticlopidine.

es, nausées, vomissements, constipation, douleurs

ires et générales.

ences et vertiges.

gastro-intestinale ou d'une manifestation cutanée ou muqueuse, interrompre immédiatement le traitement et consulter votre médecin.

Ce médicament sera administré avec prudence et sous surveillance particulière chez les malades ayant des antécédents digestifs.

L'attention doit être attirée chez les conducteurs et utilisateurs de machines sur la possibilité de vertiges et de somnolence.

Mode d'emploi et posologie :

Se conformer à la prescription médicale.

La posologie usuelle est de 20 mg par jour en une seule prise jusqu'à disparition des symptômes.

Formes et autres présentations :

BREXIN® 20 mg - Boîte de 10 et 20 comprimés effervescents

BREXIN® 20 mg - Boîte de 20 comprimés sécables

BREXIN® 20 mg - Boîte de 10 suppositoires

BREXIN® 20 mg - Boîte de 10 sachets

Liste I (Tableau A)

PROMOPHARM S.A.
 Z.I. du Sahel, Had Soualem - Maroc
 S/L CHIESI FARMACEUTICI S.p.A.

Codoliprane®

PARACETAMOL ET CODEINE

comprimé sécable

Codoliprane®

Paracétamol 400 mg

Phosphate de codeïne 20 mg

16 COMPRIMÉS SECABLES



6 118000 040217

PHARMACO-THERAPEUTIQUE
CENTRALE, ET PERIPHERIQUE

PPV 220H20
PER 09/22
LOT J2419

22/20

400,00 mg 20,00 mg

..... 15,62 mg

on de pomme de terre, povidone, pour un comprimé.

Système nerveux central)

réactions à intense, qui ne sont pas soulagées par

MENT

cas suivants :

- au paracétamol ou à la codeïne,
- maladie grave du foie,
- chez l'asthmatique,
- en cas d'insuffisance respiratoire,
- allaitements.

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE, sauf avis contraire de votre médecin avec des médicaments contenant de la buprénorphine, de la nalbuphine ou de la pentazocine.
EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPECIALES

En cas de maladie chronique (au long cours) des bronches ou des poumons s'accompagnant d'expectoration, en cas de maladie du foie ou d'insuffisance rénale ainsi que chez les sujets âgés, un avis médical est indispensable. Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée en raison du risque de dépendance.

PRECAUTION D'EMPLOI

La prise de boissons alcoolisées durant le traitement est déconseillée.

EN CAS DE DOUTE 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, Notamment avec la buprénorphine, la nalbuphine ou la pentazocine, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

Ce médicament contient du paracétamol et de la codéine. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas afin de ne pas dépasser les doses maximales conseillées (cf. posologie).



RAZON® 40 mg

Pantoprazole

RAZON® 40 mg

14 Comprimés pelliculés
gastro-résistants



DOSAGE :

gastro-résistants, Boîte de 7,14 et 28 sous plaquettes thermoformées.

équivalent de 40 mg Pantoprazole
1 comprimé

INDICATIONS THERAPEUTIQUES:

- Ulcère duodénal évolutif.

- Ulcère

- œsophagien, sur confirmation endoscopique par l'existence d'érosions ou

14 LOT : 611
PER : 10/23
PPV : 100,00 DH

IT :

l'absence de Pantoprazole n'a pas été établie chez les femmes enceintes.

Les études menées chez les animaux n'ont révélé aucun effet tératogène ni foetotoxique. Cependant comme pour tout médicament nouveau, l'usage du Pantoprazole est déconseillé au cours du premier trimestre. Son utilisation est à proscrire pendant le second et troisième trimestre, sauf en cas de nécessité absolue.

Allaitement :

Il n'a pas été prouvé que le Pantoprazole est excrété ou non dans le lait maternel humain. De ce fait, son utilisation est contre-indiquée chez les femmes qui allaitent.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES :

Des études limitées effectuées n'ont pas mis en évidence d'interactions avec l'Antipyrine, Diazépam, Digoxine, Nifédipine, Phénytoïne, Théophylline, Warfarine, Phenprocoumone, Diclofénac et Caféine.

MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Mises en garde :

Le rapport risque bénéfice devra être envisagé en cas d'insuffisance hépatique étant donné que la demi-vie du Pantoprazole est prolongée chez les cirrhotiques.

Dans ce cas, la dose recommandée est de 1 comprimé de Razon 40 mg tous les 2 jours.

Précautions d'emploi :

Aucun ajustement de la dose n'est nécessaire en cas d'insuffisance rénale sévère et chez les personnes âgées.

Tout comme les autres inhibiteurs de sécrétions gastriques, il est possible que le Pantoprazole favorise le développement de bactéries intragastriques par diminution du volume et de l'acidité du suc gastrique.

Excipients à effet notable : Mannitol, propylène glycol.

MODE, VOIE D'ADMINISTRATION ET POSOLOGIE :

Voie orale :

Les comprimés Razon ne seront ni croqués ni écrasés mais avalés entiers avec un peu d'eau.

Dose adulte habituelle :

- Ulcère duodénal : un comprimé de Razon 40 mg une fois par jour, avant ou pendant le petit déjeuner. En général un traitement de 4 semaines suffit.

- Ulcère gastrique : un comprimé de Razon 40 mg une fois par jour, avant ou pendant le petit déjeuner. En général un traitement doit durer 4 semaines mais peut être prolongé jusqu'à 8 semaines.

- Oesophagite par reflux gastro œsophagien :

Un comprimé de Razon 40 mg une fois par jour, avant ou pendant le petit déjeuner. Le traitement doit en général durer 4 semaines mais peut être prolongé jusqu'à 8 semaines selon les résultats de l'examen endoscopique.

Dose pédiatrique habituelle :

L'efficacité et la tolérance du Pantoprazole chez les enfants n'ont pas été étudiées.

Liste II (Tableau C).

MODE DE CONSERVATION:

À conserver à une température comprise entre 15°C et 30°C.

Fabriqué par le Laboratoire Pharmaceutique NOVOPHARMA

Z.I.I₂ Tit Mellil - Casablanca

Sous licence

The Jordanian Pharmaceutical Manufacturing Co