

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

## rmacie :

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.

## 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.

## 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

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° M20- 0009408

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5934 Société : RAM 6196

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraité

Nom & Prénom : ASSAL Mustapha

Date de naissance : 05/11/1963

Adresse : HAY EL HODA Rue N° 9, Villa : 29 Berrechid

Tél. : 06 04 68 56 33 Total des frais engagés : 996,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/02/2021

Nom et prénom du malade : ABKEVAI AMINA

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Cervicologie

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 : 04/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
09.02.2021	G + K + R		300 + 300 = 600	Dr Saïd Spécialiste en Médecine et Rééducation Osteopathe 10000 NAUM, Iram 4, S.M. MAAROUF TEL 05 22 22 13 25
16.02.2021	G		2000	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Mosquée Riad Dr. Sihem N° 1-2 Mosquée Riad Tél/Fax: 05 22 33 68 22	09/02/20	19600

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

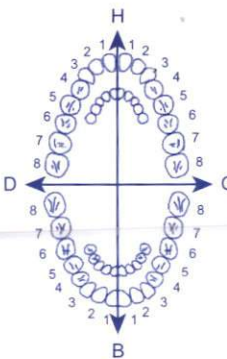
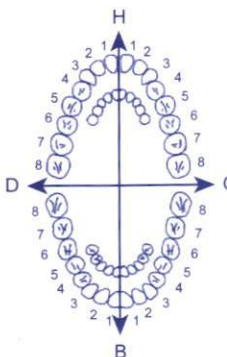
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Said BENSALAMA

Spécialiste en Médecine Physique et Rééducation

Diplômé de l'université Paris V  
Ancien Médecin Colonel

# الدكتور سعيد بنسلامة

اختصاصي في الطب الفيزيائي و الترويض  
خريج كلية الطب بباريس  
طبيب عسكري سابق

- Ostéopathie
- Médecine de Sport
- Echographie  
musculosquelettique
- Mésothérapie
- Podologie
- PRP

- تقويم العمود الفقري
- الطب الرياضي
- الفحص بالصدى
- ميوزوتيرابيا
- أمراض الرجل
- أمراض العظام و المفاصل
- البلازما الغنية بالصفائح الدموية

صيدلية محمد الرياضي  
Pharmacie Moukoko El Had  
Dr. Said BENSALAMA  
N°: 1-2 Mosquée El Had  
Bd. Abou Bakr El Kadiri (Stade Sportif) Berrachid  
Tél / Fax: 05 22 33 68 22

Casablanca le : 09.02.2021  
Patient: ABKOUAI AMINA  
9900  
Doses 20mg  
Tel/Fax: 05 22 33 68 22  
1 gel par jour à jeun x 15 jours.  
3700  
- Duoxol 500mg/2mg  
2cp 2 fois par jour (8h-20h) x 8 jours.  
6900  
- KESODYL Crème  
1 application 3 fois par jour x 8 jours.

T, 13600

Dr Said Bensalame  
Spécialiste en Médecine Physique  
et Rééducation. Ostéopathe  
Bd NAIM, Imm 4, Sidi MAAROUF  
05 22 33 68 22

05.22.32.13.50: الهاتف - البيضاء - سيدي معروف - عمارة 4 الطابق الأول - إقامة النعيم، شارع أبو بكر القادري،

Bd. Abou Bakr El Kadiri, Imm N°4, 1er étage Lot Naim - Sidi Maârouf - Casablanca - Tél.: 05.22.32.13.50

Portable : 06.65.44.69.72 - Email : salama02fr@yahoo.fr



**RESODYL®**  
Crème de masse

LOT: 0106  
PER: 10-23  
PPC: 60.00 DH

**Formes et Présentations :**

Crème en tube de 60 ml

**Composition :**

Urtica Dioica Leaf Extract, Reseda Luth  
Cetearyl Alcohol, Stearic Acid, Steareth-20, Glycerin, Olea Europaea Oil,  
Argania-Spinosa Kernel Oil, Eucalyptus Globulus Leaf Oil, Rosmarinus  
Officinalis Leaf Oil, Zingiber Officinalis Roots Extract Officinalis, Mentha Piperita  
Oil, Methyl Salicylate, Tocopheryl Acetate, Sodium Benzoate, Potassium Sorbate.

**Propriétés :**

RESODYL est recommandé comme crème de massage en cas des pathologies  
douloureuses ostéoarticulaires, des douleurs dorsolombaires de type  
rhumatismales, les rhumatismes inflammatoires, les claquages,  
ecchymoses, tendinites, synovites...

**Mode d'emploi :**

Appliquer RESODYL par massages doux. Il est conseillé de procéder à trois  
application par jour pendant une à trois semaines.

**Précaution d'emploi :**

Éviter tout contact avec les yeux et les muqueuses.

Ne pas appliquer sur les plaies.

Ne pas utiliser chez les enfants de moins de 30 mois.

Se laver les mains après application.

**Produit des laboratoires PMP Biopharmed**  
**73-74, Rue n°2, Zone Industrielle My Rachid Casablanca.**  
**[www.pmpbiopharmed.com](http://www.pmpbiopharmed.com)**

**DUOXOL® 500 mg/2 mg**

Comprimé

Boîte de 20

Paracétamol - Thiocolchicoside



500mg/2mg



- Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre.
- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Si vous avez des symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

**COMPOSITION :**

Paracétamol.....

Thiocolchicoside.....

Excipients : .....

Excipients à effet notoire : Amidon de blé, lactose.

**DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?**

Ce médicament est préconisé dans :

- Traitement symptomatique de la douleur d'origine rhumatismale ou musculaire en traumatologie et gynécologie.
- Traitement d'appoint des contractures douloureuses au cours :
  - des affections vertébrales dégénératives et des troubles statiques vertébraux : torticolis, dorsalgies, lombalgies.
  - des affections traumatologiques et neurologiques (avec spasticité).

**ATTENTION !**

**DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?**

Ce médicament ne doit pas être utilisé en cas :

- d'hypersensibilité au thiocolchicoside ou au paracétamol,
- de grossesse,
- d'allaitement,
- d'insuffisance hépatocellulaire,
- d'hypersensibilité à l'un des excipients du produit,
- chez l'enfant de moins de 15 ans.

**MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI :**

- Chez les patients souffrant d'insuffisance hépatique et/ou rénale, d'affections cardiaques ou pulmonaires, éviter les traitements prolongés.
- Pour éviter le risque de surdosage au paracétamol, vérifier l'absence de paracétamol dans la composition d'autres médicaments.
- Le thiocolchicoside doit être administré avec prudence chez les patients épileptiques ou à risque de convulsions.
- En cas de diarrhée, prévenez votre médecin qui pourra éventuellement réajuster la posologie.
- Eventuellement, ingérer les comprimés avec un pansement gastrique.
- Ne pas dépasser la dose prescrite.

- Il est conseillé de consulter un médecin pour des traitements excédant 7 jours.

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

En raison de la présence de lactose, ce médicament est contre-indiqué en cas de galactosémie congénitale, de syndrome de malabsorption du glucose et de galactose, ou de déficit en lactase. L'amidon de blé peut provoquer des réactions allergiques chez les personnes allergiques au blé ainsi que des intolérances chez les personnes souffrant de maladies coeliaques.

**INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS :**

AFIN D'EVITER D'EVENUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN. DUOXOL® peut augmenter la toxicité du chloramphénicol.

En cas de traitement avec des anticoagulants oraux, on peut l'administrer occasionnellement comme analgésique d'élection.

**Examens paracliniques :**

La prise de paracétamol peut fausser le dosage de l'acide urique sanguin par la méthode à l'acide phosphotungstique et le dosage de la glycémie par la méthode à la glucose oxydase-peroxydase.

37,00

# OEDES® 20 mg

Microgranules gastro-résistants en gélules

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

• Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

• Si y

à vot

• Ce

d'autr

• Si l'

non n

DÉNO

OEDE

COMP

Chaqu

Excipients : qsp 1 gélule.

**FORME PHARMACEUTIQUE**

Microgranules gastro-résistants

**CLASSE PHARMACOLOGIQUE**

Oedes 20mg, microgranules gastro-résistants

oméprazole. C'est un médicament qui

diminue la sécrétion d'acide gastrique.

**DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MÉDICAMENT**

**Indications :**

Adulte :

- En association à une bithérapie antibiotique, éradication de *Helicobacter pylori* en cas de maladie ulcéreuse gastroduodénale.
- Ulcère duodénal évolutif.
- Ulcère gastrique évolutif.
- Œsophagite érosive ou ulcéreuse symptomatique par reflux gastro-œsophagien.
- Traitement symptomatique du reflux gastro-œsophagien associé ou non à une œsophagite, 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 :

- Œsophagite érosive ou ulcéreuse 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.**

LOT 191741

EXP 07/2022

PPV 99.00 DH

OEDES 20mg

28 gélules



6 118001 100088