

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



Déclaration de Maladie

7802 LIN° M21- 0056866

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.

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.

Prothèse 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

- Déclaration : contact@mupras.com
- Prendre 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

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6269 Société : RACI
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : EL MADHOUS Amina
 Date de naissance :
 Adresse : Hassan 2 Bloc A n° 357
 Casa Blanca
 Tél. : 06 78 18 40 16 Total des frais engagés : 770,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 14/05/2019
 Nom et prénom du malade : Sassi Amina Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie :
 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) :

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
14/07/21	c		470,40	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/07/21	470,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	14/07/21	Radiogéniol profil	150,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

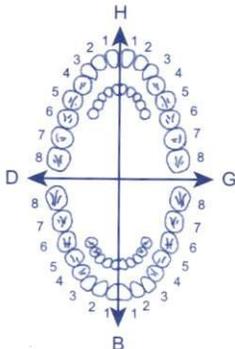
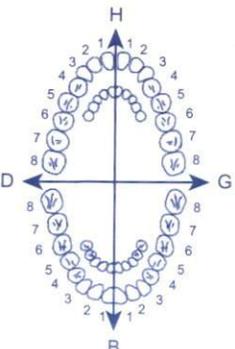
VOLET ADHERENT

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B																				
G																				
<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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'EX

عيادة

طب الأطفال

داء السكري - الكوليسترول

إرتفاع الضغط الدموي - التخطيط الكهربائي للقلب

أمراض الغدد / عقم الزوجين / أمراض المفاصل

الطب النفسي - أمراض الجهاز العصبي



الدكتور المناجي مصطفى

خريج المدرسة الملكية للصحة العسكرية بالرباط

خريج كلية الطب بالرباط

طبيب عسكري سابق بالمستشفى العسكري - الرباط

طبيب سابق بالمستشفى العسكري الفرنسي - باريس

Casablanca, le : 14.07.21

Nom et Prénom : Sassi Aminia

56.60

Diagnostique SV Aug 2017

100,00

Régime SV 1-2-3 < 12p.

268,00

Aspirine SV 0-1-0 < 12p.

45,80

Controllé SV 2-2-2 < 12p.

470,40

PHARMACIE NADIA
Dr Mosbahji Leila
Patente N°: 36208511 R.C N°: 343244
Lissasfa II Bloc A, Lot N°: 347
Rte. El Jadida - Casablanca
Tél. : 0522 65 06 65

Dr Mustapha NAJI
Omnipraticien
Ancien Médecin
des Hôpitaux Militaires
Lissasfa Extension n° 353 - Casablanca
Tél 0522 65 07 04

D'autres effets indésirables peuvent survenir (non déterminée) :

- vision floue.

USAGE LOCAL

- risques locaux : infection, lésion, inflammation et calcifications de l'articulation,
- les injections répétées risquent d'entraîner des symptômes d'hypercorticisme (prise de poids, gonflement) et de déséquilibrer un diabète, une hypertension artérielle,
- maux de tête et bouffées de chaleur peuvent survenir. Ils disparaissent habituellement en un ou deux jours,
- fragilisation de la peau,
- réactions allergiques locales et générales,
- vision floue.

Déclaration des effets secondaires

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le système national de déclaration : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et réseau des Centres Régionaux de Pharmacovigilance - Site internet: www.ansm.sante.fr
En signalant les effets indésirables, vous contribuez à fournir davantage d'informations sur la sécurité du médicament.

5. COMMENT CONSERVER DIPROSTE

Tenir ce médicament hors de la vue et de la portée des enfants.
N'utilisez pas ce médicament après la date de péremption indiquée sur l'emballage.
La date de péremption fait référence au mois et à l'année.
A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.
Après ouverture : le produit doit être utilisé dans les 28 jours.
Ne jetez aucun médicament au tout à l'égout.
Demandez à votre pharmacien d'éliminer les médicaments que vous n'utilisez plus.
Protégez l'environnement.



811 800115 013 7
DIPROSTONE 1 Seringue
P.P.V : 56,60 DH
AMM 235DMP/21/NTT
Distribué par MSD Maroc
B.P. 136 Bouakoura

seringue pré-remplie ?

après « EXP ».



demandez à votre pharmacien comment protéger

6. CONTENU DE L'EMBALLAGE ET AUTRES INFORMATIONS

Ce que contient DIPROSTONE, suspension injectable en seringue pré-remplie

- Les substances actives sont :

Dipropionate de bétaméthasone.....	6,43 mg
Quantité correspondante en bétaméthasone.....	5,00 mg
Phosphate disodique de bétaméthasone.....	2,63 mg
Quantité correspondante en bétaméthasone.....	2,00 mg

Pour 1 ml de suspension injectable.

- Les autres composants sont :

Parahydroxybenzoate de méthyle (E218), parahydroxybenzoate de propyle (E216), alcool benzylique, édétate de sodium, hydrogénophosphate de sodium anhydre, chlorure de sodium, polysorbate 80, carmellose sodique, macrogol 4000, acide chlorhydrique concentré, eau pour préparations injectables.

Cortancyl® 20 mg

Prednisone

Comprimé sécable

IDENTIFICATION DU

Composition

Prednisone

Excipients : amidon de
comprimé sécable.

45,80

entis

20 mg

pour un

Forme pharmaceutique

Comprimé sécable (boîte de 20).

Classe pharmaco-thérapeutique

GLUCOCORTICOÏDE - USAGE SYSTEMIQUE

(H : Hormones non sexuelles)

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament est un corticoïde.

Il est indiqué dans certaines maladies, où il est utilisé pour son effet anti-inflammatoire.

ATTENTION !

Dans quel cas ne pas utiliser ce médicament

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- la plupart des infections,
- certaines maladies virales en évolution (hépatites virales, herpès, varicelle, zona),
- certains troubles mentaux non traités,
- vaccination par des vaccins vivants,
- antécédent d'allergie à l'un des constituants.

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

Mises en garde spéciales

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 maladies du colon, d'intervention chirurgicale récente au niveau de l'intestin, de diabète, d'hypertension artérielle, d'infection (notamment



70043373/00-1

3881
Arcoxia 90 mg
14 comprimés
P.P.V : 268,00 DH
Distribué par MSD Maroc
AMM 453/16DMP/21/NTO

70042493/
120916-1



6 118001 160051

RAZON 40mg

Pantoprazole

Comprimés enrobés

Boîte de 7, 14 et 28

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous. Vous devez toujours prendre ce médicament en suivant scrupuleusement les instructions fournies dans cette notice ou par votre pharmacien ou votre médecin.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, 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, il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- 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

Que contient cette notice ?

- 1) Qu'est-ce que RAZON 40mg et dans quels cas est-il utilisé ?
- 2) Quelles sont les informations à connaître avant de prendre RAZON 40mg ?
- 3) Comment prendre RAZON 40mg ?
- 4) Quels sont les effets indésirables éventuels ?
- 5) Comment conserver RAZON 40mg ?
- 6) Informations supplémentaires.

1. Qu'est-ce que RAZON 40mg et dans quels cas est-il utilisé ?

Classe pharmaco-thérapeutique :

INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS, Code ATC : A02BC02.

Indications thérapeutique :

- En association à une bithérapie antibiotique, éradication de *Helicobacter pylori* en cas de maladie ulcéreuse gastro-duodénale.
- Ulcère duodénal évolutif.
- Ulcère gastrique évolutif.
- Œsophagite par reflux gastro-œsophagien.
- Traitement au long cours du syndrome de Zollinger-Ellison.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE, RAZON 40mg ?

Liste des informations nécessaires avant la prise du médicament : Sans objet.

Contre-indications

Ne prenez jamais RAZON 40 mg, comprimé gastro-résistant :

- en cas d'allergie connue au pantoprazole et/ou à l'un des autres composants (voir composition) ;
- en association avec l'atazanavir (médicament utilisé dans le traitement du sida).

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

Précautions d'emploi ; mises en garde spéciales

Mises en garde et précautions d'emploi

Mises en garde spéciales : Lors d'un traitement au long cours et comme avec les autres médicaments antisécrétoires gastriques, il existe un risque de malabsorption de la vitamine B12, chez les sujets disposant de réserves réduites ou présentant des facteurs de risque.

Précautions d'emploi : Utiliser ce médicament AVEC PRECAUTION en cas d'insuffisance hépatique.

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

Interactions avec d'autres médicaments

Autres médicaments et RAZON 40 mg, comprimé gastro-résistant

Ce médicament ne doit pas être utilisé en association avec l'atazanavir (médicament utilisé dans le traitement du sida).

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Interactions avec les aliments et les boissons : Sans objet.

Interactions avec les produits de phytothérapie ou thérapies alternatives : Sans objet.

LOT : 616 Voie
PER : 05/24
PPV : 100,00 DH

الدكتور الناجي مصطفى

طبيب عسكري سابق بالمستشفى العسكري - الرباط
طبيب سابق بالمستشفى العسكري الفرنسي - باريس



Casablanca, le : 14.07.2022

Nom et Prénom : Sassi Amina.

FACTURE 645

RADIOGRAPHIE :

RACHIS CERVICAL PROFIL

MONTANT:

150.00DH

Dr Mustapha NAJI
Omnipraticien
Ancien Médecin
des Hôpitaux Militaires
Lissasfa Extension n° 353 - Casablanca
Tél 0522 65 07 04

عيادة

طب الأطفال

داء السكري - الكوليسترول

إرتفاع الضغط الدموي - التخطيط الكهربائي للقلب

أمراض الغدد / عقم الزوجين / أمراض المفاصل

الطب النفسي - أمراض الجهاز العصبي



الدكتور النايجي مصطفى

خريج المدرسة الملكية للصحة العسكرية بالرباط

خريج كلية الطب بالرباط

طبيب عسكري سابق بالمستشفى العسكري - الرباط

طبيب سابق بالمستشفى العسكري الفرنسي - باريس

Casablanca, le : 17.07.21

Nom et Prénom : Sassi Amine

Re. Raha wad mhl

Dr Mustapha NAJI
~~Généraliste~~
Ancien Médecin
des Hôpitaux Militaires
Lissasfa Extension n° 353 - Casablanca
Tél 0522 65 07 04

الدكتور. الناجي مصطفى

طبيب عسكري سابق بالمستشفى العسكري - الرباط
طبيب سابق بالمستشفى العسكري الفرنسي - باريس



Casablanca, le : 14.07.2021

Nom et Prénom : Sassi Amine.

Radiographie du rachis cervical

Demmiel et un autre de l'axe

~~Pas d'anomalie de la minéralisation osseuse.~~

Pas d'anomalie de la statique sur cet examen réalisé en charge.

Respect de la ligne spino-lamellaire.

Respect de la hauteur des corps vertébraux et des espaces inter-somatiques.

Foramens de conjugaison libres.

Bonne congruence des massifs articulaires.

Intégrité de l'odontoïde.

Pas de calcification des parties molles d'allure pathologique.

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