

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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 à caractère personnel.

89041

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <i>000 8A561</i>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<i>Vice Hassan II Bank</i>
Nom & Prénom : <i>G A J J A O U I Rachida</i>			
Date de naissance : <i>de 13 12 1968</i>			
Adresse : <i>Rue 127 N° 56 soufa Casablanca</i>			
Tél. : <i>06.17.46.57.86</i>	Total des frais engagés :	<i>573,60</i> DHS	

Cadre réservé au Médecin			
 Cachet du médecin :			
Date de consultation :	<i>03 / 08 / 2021</i>	Age :	<i>48 ans</i>
Nom et prénom du malade :	<i>GESSI</i>		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<i>Gastrite 2021</i>		
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le *22/10/2021*

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature attestant le Paiement
23/07/2014	U	5	573,60	INPE 25014 INSTITUT NATIONAL DE LA PHARMACIE ET DE LA BIOMÉDECINE 0522 89 62 99

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INPE 25014 PHARMACEUTIQUE NORMAUX 0522 89 62 99	31/07/2014	573,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

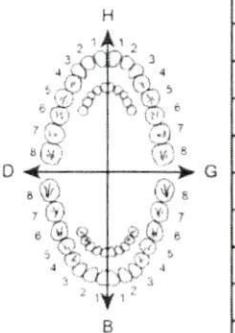
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

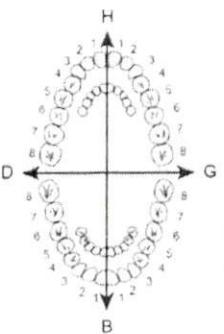
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

Dr Noureddine AMRI
Spécialiste en Chirurgie
Orthopédique et Traumatologique
Diplômé de la faculté de médecine
de Montpellier



ARTHROSCOPIE
CHIRURGIE PROTHÉTIQUE
CHIRURGIE DE LA MAIN
CHIRURGIE DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE
MICROCHIRURGIE
CHIRURGIE DES NERFS PÉRIPHÉRIQUES
CHIRURGIE DU SPORTIF

الدكتور نور الدين العامري
إختصاصي في جراحة
العظام و المفاصل
خريج كلية الطب بونبولي
طبيب سابق بمستشفيات فرنسا
جراحة أمراض الروماتيزم
جراحة المفاصل بالمنظار
جراحة اليد
الجراحة التقويمية

Le : 03/09/2014



Ch = Gantane Radide

188°

Prosteden 300

ngt

3 mois



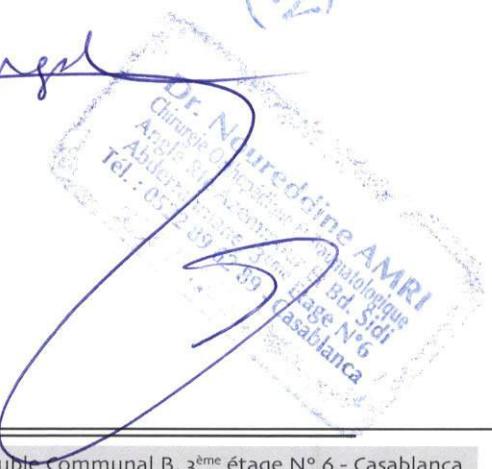
Cortezan 600



3 mois

155° nglt x 21
140° 20
nglt

89°
5836°



LUT : 201137
PER : 09-2024
PPV : 148,50DH

CARTEXAN® 400 mg[®]

Chondroïtine sulfate sodique

cette notice avant de prendre ce médicament.
soin de la relire.

avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
nt prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes

ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à



contenu : Chondroïtine sulfate sodique : 400 mg

Excipients :

Stéarate de magnésium.

Composants de la gélule : Erythrosine D&C Red 3 (E127), Oxyde de fer jaune (E172), Dioxyde de titane (E171) Gélatine, Oxyde de fer rouge (E172).

CLASSE PHARMACO THERAPEUTIQUE

Autres agents anti-inflammatoires et antirhumatismaux, médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens (code ATC : M01AX05).

INDICATIONS :

Cartexan est indiqué pour le traitement symptomatique de l'ostéoarthrite.

CONTRE INDICATIONS :

Ne prenez jamais CARTEXAN dans les cas suivants :

Allergie (hypersensibilité) à la chondroïtine ou à l'un des excipients

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

POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI:

Posologie :

Adultes : (incluses les personnes âgées)

La dose journalière recommandée est de 800 mg prises de préférence comme dose unique (2 gélules par jour), pendant au moins 3 mois.

Pour les symptômes d'inflammation sévère, la dose recommandée peut être augmentée jusqu'à 1200 mg (3 gélules prises par jour comme dose unique ou en 2 sous doses) pour les 4 à 6 premières semaines de traitement, suivies par 800 mg comme dose journalière jusqu'à la fin de la période des 3 mois de traitement.

La thérapie comprend des traitements répétitifs, chaque traitement comprend une prise de médicament de 3 mois au moins, et, dépendant de la symptomatologie du patient, peut être suivie par 2 mois d'intervalle libres de traitement (du à l'effet retard du produit).

Enfants et adolescents :

CARTEXAN n'est pas recommandé pour les enfants et les adolescents âgés de moins de 18 ans, étant donné le manque de données sur l'efficacité et la sécurité.

Insuffisants rénaux :

Il existe une petite expérience disponible concernant l'utilisation de CARTEXAN par les patients insuffisants rénaux. Ces patients doivent donc être traités avec une attention spéciale. (Voir partie « mises en garde et précautions d'emploi »)

Insuffisants hépatiques : Il n'y a pas d'expérience concernant l'utilisation de CARTEXAN par les patients insuffisants hépatiques. Ces patients doivent donc être traités avec une attention spéciale. (Voir partie « mises en garde et précautions d'emploi »)

Voie d'administration :

Voie orale.

CARTEXAN peut être pris avant, pendant ou après les repas. Pour les patients avec un historique clinique d'une intolérance aux médicaments, il est recommandé de prendre le médicament après le repas.

Les gélules doivent être avalées, sans être mâchées, avec suffisamment de liquide.

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

MISES EN GARDES SPECIALES ET PRECAUTIONS D'EMPLOI

Insuffisance rénale et/ou cardiaque :

Dans de très rares occasions (<1/10000), les patients atteints d'une insuffisance rénale ou cardiaque ont souffert d'œdème et/ou rétention d'eau. Ceci peut être attribué à l'effet osmotique du sulfate de chondroïtine.

Insuffisance hépatique :

Il n'y a pas d'expérience disponible concernant l'utilisation de CARTEXAN par des patients souffrant d'insuffisance hépatique. Ces patients doivent donc être traités avec une attention spéciale.

Aucun effet plaquettaire n'a été détecté lors de la recherche clinique ni lors de la pharmacovigilance pour les doses recommandées. Cependant, sur des rats et utilisant des doses très élevées comparées avec les doses recommandées chez les humains, 50 mg/Kg/jour (équivalent à 4000 mg chez les humains/jour), un léger effet antiplaquettaire a été observé. Cette activité doit être prise en compte lorsque le produit est utilisé conjointement à des médicaments antiagrégants plaquettaires (acide acétyle salicylique, dipiridamoïle, clopidogrel, ditazol, trifusal et ticlopidine).

Excipients à effet notoire : Sodium



PIASCLEDINE® 300mg, gélule

Insaponifiables d'avocat et de soja

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle est importante pour vous.

Vous devez toujours prendre ce médicament en suivant scrupuleusement les instructions de cette notice ou par votre médecin, votre pharmacien ou votre infirmier/ère.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information.
- Si vous ressentez l'un des effets indésirables, parlez-en à votre médecin, votre infirmier/ère. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.
- Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien.

Ne laissez pas ce médicament à la portée des enfants.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que PIASCLEDINE 300 mg, gélule et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre PIASCLEDINE 300 mg, gélule ?
3. Comment prendre PIASCLEDINE 300 mg, gélule ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver PIASCLEDINE 300 mg, gélule ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

1. QU'EST-CE QUE PIASCLEDINE 300 mg, gélule ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament contient une substance active extraite d'huiles d'avocat et de soja.

Ce médicament agit sur les articulations (il appartient au groupe de médicaments appelés autres agents anti-inflammatoires et antirhumatismaux, non stéroïdiens).

Ce médicament agit également sur les muscles et les tendons.

PIASCLEDINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS



6 118001 072644

4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

- Régurgitations qui peuvent être évitées en prenant la gélule au milieu du repas.
- Rares réactions allergiques.
- Exceptionnelles atteintes hépatiques avec modification du bilan hépatique.
- Diarrhées et douleurs de l'estomac.

Déclaration des effets secondaires

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien ou à votre infirmier/ère. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. En signalant les effets indésirables, vous contribuez à fournir davantage d'informations sur la sécurité du médicament.

