

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

Informations 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.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8949 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MACH HOUCE LAHOUSSE

Date de naissance : 30/05/1960

Adresse : 41 D Rue El Héik MAA ELAYNINE Hay Errah

Béni Mellal

Tél. : 06.13.62.1890 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : 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 : DÉNOUA Le : 02/11/2014

Signature de l'adhérent(e) :



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient																	
					Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>																
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire <table border="1"> <tr> <td colspan="2">DROITE</td> <td colspan="2">GAUCHE</td> </tr> <tr> <td>11 12 13 14 15 16 17 18</td> <td>21 22 23 24 25 26 27 28</td> <td>21 22 23 24 25 26 27 28</td> <td>31 32 33 34 35 36 37 38</td> </tr> <tr> <td colspan="2">HAUT</td> <td colspan="2">BAS</td> </tr> <tr> <td>41 42 43 44 45 46 47 48</td> <td>41 42 43 44 45 46 47 48</td> <td>41 42 43 44 45 46 47 48</td> <td>31 32 33 34 35 36 37 38</td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>D</p> <p>25533412 00000000 00000000 35533411</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>21433552 00000000 00000000 11433553</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> </div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p> </div>				DROITE		GAUCHE		11 12 13 14 15 16 17 18	21 22 23 24 25 26 27 28	21 22 23 24 25 26 27 28	31 32 33 34 35 36 37 38	HAUT		BAS		41 42 43 44 45 46 47 48	41 42 43 44 45 46 47 48	41 42 43 44 45 46 47 48	31 32 33 34 35 36 37 38
DROITE		GAUCHE																			
11 12 13 14 15 16 17 18	21 22 23 24 25 26 27 28	21 22 23 24 25 26 27 28	31 32 33 34 35 36 37 38																		
HAUT		BAS																			
41 42 43 44 45 46 47 48	41 42 43 44 45 46 47 48	41 42 43 44 45 46 47 48	31 32 33 34 35 36 37 38																		
Visa et cachet du praticien <u>attestant le devis</u>		Visa et cachet du praticien <u>attestant l'exécution</u>																			

VOLET ADHERENT	NOM : <i>RECHOUR LAHOUSINE</i>	Mle 8949
DECLARATION N° P 14/0017191		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 8949	Signature de l'adhérent <i>[Signature]</i>
Nom & Prénom <i>RECHOUR LAHOUSINE</i>		Fonction <i>Boagiste</i> Phones <i>06.13.62.18.90</i>	
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
<i>Arthrose de l'épaule et du cou</i>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<i>Arth</i>			<i>Arth</i>
PHARMACIE		Date <i>30/09/2021</i>	
Montant de la facture		<i>534,60</i>	
RE: 05227820			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date			
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
CACHET			
AUXILIAIRES MEDICAUX Date			
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC		
CACHET			



Ordonnance

Berrechid, le :

Berrechid le : 30 septembre 2021

Mme EL BADAOUI MERIEM

REGIME PAUVRE EN SEL

COAVACOR 300/12.5 MG

1 Cp/J matin à jeun

KARDEGIC 160MG

1 Sachet/J à midi

NEBILET 5MG

1/2 Cp/J à midi

NOLIP 10MG

1Cp/J le soir

ZYLORIC 100MG

1 Cp/J le soir

CALCINIB 5MG

1 Cp/j le soir

Traitement pendant : 3 Mo's

LOT 211756
 EXP 06 2025
 PPV 46.70 DH

158,20

157,10

Pharmacie MAROCAIN
 DR. Mustapha EL AZIZI
 Hay Errahba El 11 - Berrechid
 Tel: 0522 32 83 63

Lot n° :
 EXP :
 PPV :

Dr. KHADRE MOHAMED
 CARDIOLOGUE
 11 - Bld. 11 Elagey - Berrechid - 32 83 03
 Tel: 05 22 32 83 03

LOT : 088
 PER : AVR 2024
 PPV : 49 DH 40



KARDEGIC® 160mg

Acétylsalicylate de DL-Lysine
poudre pour solution buvable en sachet-dose

SANOFI

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

a) DENOMINATION

KARDEGIC 160 mg, poudre pour solution buvable.

b) COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

ACETYLSALICYLATE DE DL-LYSINE 288 mg (quantité correspondante en acide acétylsalicylique : 160 mg).

Excipients : Glycocolle, arôme mandarine, glycyrhizinate d'ammonium.

c) FORME PHARMACEUTIQUE

Poudre pour solution buvable; Sachet-dose ; boîte de 30.

d) CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTI-THROMBOTIQUE/INHIBITEURS DE L'AGREGATION PLAQUETTAIRE, HEPARINE EXCLUE.

2. DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

(Indications)

Ce médicament contient de l'aspirine, mais ce dosage est plus particulièrement destiné au traitement de certaines affections du cœur ou des vaisseaux, seul ou associé aux autres traitements prescrits par votre médecin.

Il ne devra pas être entrepris sans l'avis de celui-ci, seul juge de l'établissement et de la conduite de ce traitement.

3. ATTENTION

a) DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

(Contre-indications)

Ce médicament NE

- En cas d'ulcère de l'estomac ou du duodénum.
- En cas d'allergie contre les médicaments à base d'aspirine ou de médicaments non stéroïdiens (telle que la maladie hémorragique par le méthotrexate, l'aspirine est prescrit).

PER.: 12/2007

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



6 118001 081189
• En dehors

d'utilisations extrêmement limitées, et qui justifient une surveillance spécialisée, tout médicament à base d'aspirine est CONTRE-INDIQUE à partir du 6ème mois de la grossesse (cf. Grossesse et Allaitement).

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS être utilisé sauf avis contraire de votre médecin, en cas de : - goutte, - règles ou saignements gynécologiques anormaux, - traitement concomitant par les anticoagulants oraux (notamment lorsque l'aspirine est prescrite à faibles doses) ou par l'héparine, les uricosuriques, ou d'autres anti-inflammatoires (notamment lorsque l'aspirine est prescrite à des doses > 3g/j) (cf. rubrique Interactions médicamenteuses et autres interactions).

L'allaitement est déconseillé pendant le traitement (cf. Grossesse et Allaitement).

b) PRECAUTIONS D'EMPLOI

Il est important de signaler à votre médecin certains problèmes de santé ou situations : - maladie des reins, - asthme, - antécédent d'ulcère de l'estomac ou du duodénum, ou d'hémorragies digestives, hypertension artérielle, - diabète, - port de stérilet.

L'aspirine augmente les risques hémorragiques et ceci dès les très faibles doses et même lorsque la prise date de plusieurs jours. Prévenir votre médecin traitant, le chirurgien, l'anesthésiste ou simplement votre dentiste au cas où un geste chirurgical, même mineur, est envisagé.

Ce médicament ne contenant pas de sodium (sel), il peut être administré en cas de régime désodé ou hyposodé.

c) INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN notamment si vous prenez des anticoagulants oraux (notamment lorsque l'aspirine est prescrite à faibles doses) ou un traitement par l'héparine, des uricosuriques ou d'autres anti-inflammatoires (notamment lorsque l'aspirine est prescrite à des doses >3g/j).

تیبیلت® 5 مجم

والغثيان) والثبوريدازين؛
أدوية لعلاج الاكتئاب مثل أميتربيتيلين، الباروكستين،
فلوكستين.

أدوية الربو، وانسداد الأنف أو بعض اضطرابات العين مثل الجلوكوما (ارتفاع الضغط في العين) أو تمدد (توسيع) حقة العين. باكلوفين (دواء مضاد التشنج العضلي) أميفوستين (دواء وقائي يستخدم لعلاج السرطان).

عفاقيز لعلاج حمض المعدة الزائد أو الفرحة (مضاد للحموضة المخدرات)، على سبيل المثال سيميتدين، ينبعي تناول أقراص تبليت 5 مجم أثناء وجبات الطعام ومضادات الحموضة بين وجبات الطعام.

من المستحسن استخدام هذه الأدوية عادة خلال فترة العلاج مع نبيغولول مالم ينصح خلاف ذلك من قبل الطبيب.

3- كيفية تناول أقراص نيبيل 5 مجم؟

يحدث تباطؤ ارتفاع ضغط الدم عادة بعد 1-2 أسابيع من بداية العلاج، ولا يمكن أن يحدث أكبر قدر من التأثير حتى بعد 4 أسابيع.

وقد يقرر الطبيب المعالج تناول أدوية أخرى خارجية للضغط في حالة الاستجابة غير الكافية.

فقصور القلب المزمن يتم تعديل الجرعة إلى كل مريض، من خلال زيادتها بشكل تدريجي، كـ 1-2 أدواء اعتماداً على انتشار المرض.

يرجى قراءة هذه النشرة الطبية بعناية قبل استعمال هذا الدواء

• احرص على الاحتفاظ بهذه النشرة، فقد تحتاج لقراءتها مرة أخرى.

• إذا كانت لديك أي استفسارات أو التقت عليك أية أمور؛
يرجى استشارة الطبيب المعالج أو الصيدلي.
تم وصف هذا الد - ٤١ * إذا يحظر وصفه أو إعطائه
سي من نفس الأعراض فقد

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 87DH50

5.00 م: هي:

مجم في شكل هيدروكلوريد نيفغولول 5.45 مجم للفرص
المكبات الأخرى هي:

بوليسوربات 80، هيدروكسي بروبيل، ميثيل سيلولوز، مونوهيدرات اللاكتوز، نشا الذرة، كروس كارميلوز الصوديوم، سيلولوز الجريزوفولفين، غروية السيليكا اللامائية، ستيرات المغنيسيوم.

1- ما هي أعراض نبييلت 5 مجم.
وما هي دواعي استعمالها؟

يأتي الدواء في عليه تحتوي على 28 فرق. وبعد هذا الدواء من حاصرات بيتا الانتقائية.