

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Pathologie 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 canaux, 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 canaux.

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- 0005177

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1373 Société : 106754
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : M. DARY Abdelhakim
Date de naissance : 1950
Adresse : 09A Deroua 250
Tél. : 0633533001 Total des frais engagés : 846,80 Dhs


Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Dr. KHALID HAMAMSI
OMNIPRATICIEN DIABETOLOGUE
Bd. La Grande Ceinture, 101. Nadia
N°6, H.M. Casa - Tél: 0522 60 25 79
Date de consultation : 28/12/2011
Nom et prénom du malade : SAUDIR Jarda Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Longue durée
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 : Deroua Le : 28/12/2011
Signature de l'adhérent(e) :

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
28/12/21	VA		250,-	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/12/21	846,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

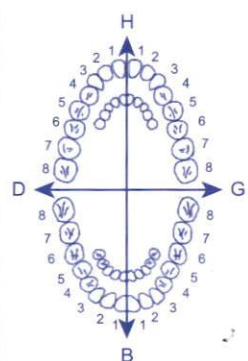
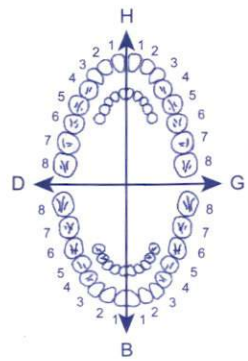
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan d

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Hamamsi Khalid

OMNIPRATICIEN

DIPLÔME DE DIABETOLOGIE

ET D'ECHOGRAPHIE GENERALE

de l'Université de Montpellier (France)

Diplôme de Dietetique Medicale
et Nutrition

Membre de la Société Francophone
du Diabète

Ex.Médecin des F.A.R.

الدكتور الحماصي خالد

الطب العام

دبلوم في أمراض السكري

دبلوم في الفحص بالصدى

خريج كلية الطب بمونبولي (فرنسا)

دبلوم في الحمية و التغذية

عضو في الجمعية الفرونكفونية لأمراض السكري

طبيب رئيسي سابقا بالقوات المسلحة الملكية

Casablanca, le : 28/07/21 : الدار البيضاء في :

Nourir Saïda

1) ARCOXIA 90 mg (100 mg)

268,00

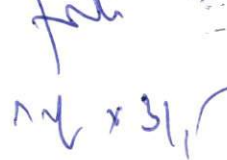
14/1/21



2) Alginat

28,80

14/1/21



Dr. KHALID HAMAMSI
OMNIPRATICIEN - DIABETOLOGUE
Bd. de la Grande Ceinture, Lot Nadia - N° 6 - H.M. 6

شارع الحزام الكبير - رقم 6 - الطابق الأول (قرب البنك الشعبي) - الحي الحمدي - الدار البيضاء
Bd. de la Grande Ceinture, lot Nadia - N° 6 - 1^{er} étage (près de la Banque Populaire) - Hay Mohammadi - Casablanca

هاتف العيادة : 05 22 60 25 79

3/ Jardiance 10mg op x1j
550,00

~~846180~~



VITANEVRIL FORT 100 mg,

1. DENOMINATION DU MEDICAMENT

VITANEVRIL FORT 100 mg, Comprimé pelliculé, boîte de 30 (DC) Benfotiamine

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

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 jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes similaires. Cela pourrait lui être nocif.

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous observez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

2. COMPOSITION DU MEDICAMENT

Composition qualitative et quantitative en principe par unité de prise
Benfotiamine

Composition qualitative en excipients

Excipients : Amidon de riz ; Lactose monohydraté ; Magnésium ; Saccharose ; Talc ; Hypromellose ; Dioxyde de titane ; Macrogol 400 ; et l'eau purifiée.
Excipient à effet notoire : Saccharose ; Lactose monohydraté.

3. CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE OU LE TYPE D'ACTIVITE

Antistathénique (A : appareil digestif et métabolisme).

4. INDICATIONS THERAPEUTIQUES

- traitement du béri-béri.
- prophylaxie des états de carence vitaminique dus à une diminution des apports alimentaires (par exemple : malabsorption, régimes restrictifs riches en protéines non supplémentés, nutrition parentérale), en association avec les autres vitamines du groupe B.
- proposé chez l'alcoolique, notamment en cas de polyneuropathie.
- proposé dans d'autres polyneuropathies supposées d'origine toxicocentrique.
- utilisée, à forte dose, dans certains syndromes douloureux.

5. POSOLOGIE

- Mode et voies d'administration : Voie orale.
- Durée du traitement ; se conformer à l'ordonnance de votre médecin.
- Fréquence d'administration : 2 à 4 comprimés par jour, à avaler sans croquer.

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

6. CONTRE - INDICATIONS

ATTENTION !

DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

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

- Intolérance connue à la vitamine B1.
 - Ne pas administrer aux enfants de moins de 8 ans.
- EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDICIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

7. EFFETS INDESIRABLES

Sans objet.

NHESITEZ PAS A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDICIN OU DE VOTRE PHARMACIEN ET A SIGNALER TOUT EFFET NON SOUHAITE ET GENANT.

8. MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS PARTICULIERES D'EMPLOI

En raison de la présence du saccharose et du Lactose monohydraté, ce médicament est contre indiqué en cas d'intolérance au fructose, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en sucrase-isomaltase.

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

EFFET NOTOIRE

Le médicament est contre-indiqué en cas de diabète.

Si vous avez une intolérance au fructose, NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE PHARMACIEN.

Ce médicament est contre-indiqué en cas de diabète. Les médicaments à base de plantes et les produits de phytothérapie ou thérapie



QUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS ? IL EST RECOMMANDE D'AVERTIR VOTRE MEDICIN EN CAS DE GROSSESSE ET D'ALLAITEMENT

En cas de grossesse et d'allaitement, il est préférable de ne pas utiliser ce médicament. En cas de grossesse, il est recommandé d'éviter pendant l'allaitement.

CON GENErale, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT DE TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDICIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MEDICAMENT.

11. LES EFFETS POSSIBLES DU TRAITEMENT SUR LA CAPACITE A CONDUIRE UN VEHICULE OU A UTILISER CERTAINES MACHINES

Sans objet.

12. SYMPTOMES ET CONDUITE A TENIR EN CAS DE SURDOSAGE

Sans objet.

13. CONDUITE A TENIR EN CAS D'OMISSION D'UNE OU PLUSIEURS DOSES

Sans objet.

14. MENTION, SI NECESSAIRE, D'UN RISQUE DE SYNDROME DE SEVRAGE

- Conditions de prescription et de délivrance
 - Précautions particulières de conservation
 - Tenir hors de la portée des enfants
 - Ne pas utiliser après la date de péremption figurant sur la boîte
 - Nom et adresse du fabricant : quant celui-ci n'est pas le titulaire de l'AMM au Maroc
- Sans objet

- Nom et adresse de l'EPI Titulaire de l'AMM au Maroc

SYNTHEMEDIC

20-22, Rue Zoubeir Ibnou Ali Aouam

Roches Noires

28000 Casablanca

Maroc

la dernière date à laquelle cette notice a été approuvée est le : 03/2015