

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.

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.

Educations :

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.

Prothèses :

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

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0021700

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0610 - Société : RAM -

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : JOUHADI - ALI

Date de naissance : 01.01.1946

Adresse : Hy 19 Rachida Route n° 10 Casa

Tél. : 0669.249858 Total des frais engagés : 36f, 60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24 / 02 / 2022

Nom et prénom du malade : Mme Oualije Ep Jounadi Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Soins dentaires

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 : Casa Le : 24 / 02 / 22

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
24/12/22	CS	D ₀	Gratuit	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/12/22	367.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

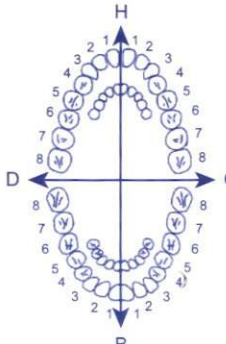
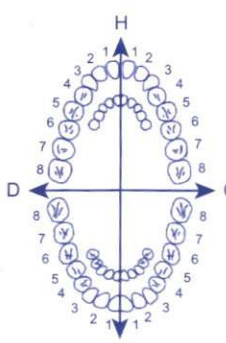
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canala ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT 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		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

Dr. MOUINY Saïd

Chirurgien Dentiste
Orthodontiste

Soins - Prothèses - Orthodontie

22, Bis Rue Oussama Ibnou Zaïd
(ex Jura) - 1er Etage Maârif

Casablanca - Tél : 05 22 23 20 77

Fax : 05 22 23 20 77



الدكتور أمويني سعيد

طبيب جراحي للأسنان

تقويم - علاج - جراحة الأسنان

22، مكرر زنقة أسامة ابن زيد

(جورا سابقا) الطابق الأول - المعاريف

الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 23 20 77

الفاكس : 05 22 23 20 77

Casablanca, le : 24/2/22

Mme Oualizi Ep J Oumadi

1) Augmentin (1g) (Sachets)

222.00

1 sachet 3 x 11 ml 7j

PPV: 222,00 DH
LOT: 647949
PER: 04/23

36,40

2) Kopred (2mg) (cp)

22.60 3 cp en prise unique matinale ml 5j

3) Codoliprane (cp)

1 cp toutes les 6h ml 3j

189.00

4) Buccathymol (13B)

à commencer le 25/2/22 en

usage buccal 3 x 1j ml 7j

Dr. MOUINY Saïd

Chirurgien Dentiste Orthodontiste

22, Bis Rue Oussama Ibnou Zaïd

(ex Jura) - 1er Etage Maârif

Casablanca - Tél : 05 22 23 20 77

Fax : 05 22 23 20 77

5) prazok (2-9) 1 gelule

30.00 1 gelule 1x1 ndl 77

6) Ultraleven (Adultes) (sachet)

38.10 1 sachet 1x1 ndl 77



367.60

Dr. MOUINY Saïd
Chirurgien Dentiste Orthodontiste
22, Bis Rue Eussama Ibnou Zaid
(Ex Jura) 1er Etage Maarif
Tél.: 0522 23 20 77



Codoliprane®

PARACETAMOL ET CODEINE

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT COMPOSITION

Paracétamol
Phosphate de codéine hémihydraté
(Quantité correspondant à codéine base)
Excipients : gélatine, acide stéarique, amidon de pomme de terre, povidone, pour un comprimé.

PPV: 22DH29

PER: 11/23

LOT: K3399

FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé sécable - boîte de 16.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE CENTRAL ET PERIPHERIQUE (N. Système nerveux central)

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Traitement chez l'adulte des douleurs d'intensité modérée à intense, qui ne sont pas soulagées par l'aspirine ou le paracétamol utilisé seul.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

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

- allergie connue au paracétamol ou à la codéine,
- maladie grave du foie,
- chez l'asthmatique,
- en cas d'insuffisance respiratoire,
- allaitement.

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE, sauf avis contraire de votre médecin avec des médicaments contenant de la buprénorphine, de la nalbuphine ou de la pentazocine. EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPECIALES

En cas de maladie chronique (au long cours) des bronches ou des poumons s'accompagnant d'expectoration, en cas de maladie du foie ou d'insuffisance rénale ainsi que chez les sujets âgés, un avis médical est indispensable. Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée en raison du risque de dépendance.

PRECAUTION D'EMPLOI

La prise de boissons alcoolisées durant le traitement est déconseillée.

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

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, Notamment avec la buprénorphine, la nalbuphine ou la pentazocine, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

Ce médicament contient du paracétamol et de la codéine. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas afin de ne pas dépasser les doses maximales conseillées (cf. posologie).



Prazol[®] 20 mg

oméprazole

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre le médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez-le à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. En cas de symptômes ou d'effets indésirables identiques, cela pourrait lui être nocif.
- 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.

J PPV:30DH00
PER:03/24
LOT:K2832-3

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Prazol [®] 20 mg :	20 mg
Oméprazole (DCI)	
Excipients qsp	1 gélule

FORME PHARMACÉUTIQUE

- Gélule contenant des microgranules gastro-résistants.
- Présentation : boîte de 7, 14 et 28 gélules.

CLASSE PHARMACOLOGIQUE

PRAZOL[®] 20 mg, gélule gastro-résistante contient la substance active oméprazole. Il appartient à la classe des médicaments appelés inhibiteurs de la pompe à protons. Il diminue la quantité d'acide produite par votre estomac.

DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MÉDICAMENT

PRAZOL[®] 20 mg, gélule gastro-résistante est utilisé pour traiter les affections suivantes :

Chez les adultes :

- le reflux gastro-œsophagien (RGO).
- les ulcères de la partie haute de votre intestin (ulcère duodénal) ou de votre estomac (ulcère gastrique).
- les ulcères infectés par une bactérie appelée *Helicobacter pylori*. Dans ce cas, votre médecin peut également vous prescrire des antibiotiques qui permettent de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.
- les ulcères de l'estomac.

BUCCOTHYMOL

à la Lidocaïne

Flacon de
Solution p
et g

18,90

COMPOSITION

Acide salicylique	0,100 g
Chlorhydrate de lidocaïne	0,100 g
Menthol	0,050 g
Thymol	0,010 g
Ethanol	9,500 ml
Jaune orangé S	0,002 g
Eau purifiée q.s.p.....	100,000 ml

INDICATIONS

Traitement local à visée antiseptique et antalgique.

CONTRE-INDICATIONS

Contre-indiqué chez les sujets allergiques aux anesthésiques.

MODE D'EMPLOI

Trois bains de bouche par jour, après avoir dilué un volume du produit dans le même volume d'eau chaude.

Ce produit peut s'employer pur pour le badigeonnage des gencives.

NE PAS AVALER - USAGE EXTERNE

PRECAUTIONS D'EMPLOI

Réservé à l'adulte et à l'enfant de plus de 12 ans.

سوطيما
Sothema

Fabriqué par les Laboratoires SOTHEMA
B.P. N° 1, 27182 BOUSKOURA - MAROC

N10230C00

Kopred®

Prednisolone

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

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

LOT : 3778
UT. AV : 09-24
P.P.V : 36 DH 40

ion, si vous avez un doute, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

omiellement prescrit, ne le prenez que si vous en avez vraiment besoin.

rien grave ou si vous n'avez pas de problèmes mentionnés dans cette notice ou dans la notice de votre pharmacien.

rescent, Boîte de 1 flacon
rescent, Boîte de 1 flacon
rescent, Boîte de 1 flacon
rescent, Boîte de 1 flacon

prednisolone (sous forme de méthylsulfonylbenzoate de sodium),
KOPRED 20 mg comprimé effervescent, contenant 20 mg de prednisolone (sous forme de méthylsulfonylbenzoate de sodium).

Excipients :

KOPRED 5 mg comprimé effervescent, q.s.p 1 comprimé effervescent.
KOPRED 20 mg comprimé effervescent, q.s.p 1 comprimé effervescent.

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE
GLUCOCORTICOIDES - USAGE SYSTEMIQUE.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Ce médicament est utilisé pour traiter les symptômes de la maladie. Il est indiqué pour le traitement de la maladie. Il est indiqué pour le traitement de la maladie.

(exceptionnelle). Prévenir votre médecin en cas d'apparition de douleur tendue.

Précautions d'emploi

Pendant le traitement, votre médecin pourra vous conseiller de suivre un régime, pauvre en sel, en sucre et riche en protéines.

Ce médicament contient du sodium. A prendre en compte chez les patients contribuant leur apport alimentaire en sodium.

En cas de traitement prolongé, un apport en calcium et vitamine D vous sera prescrit.

KOPRED 5 mg comprimé effervescent contient 8 mg de sodium.

KOPRED 20 mg comprimé effervescent contient 32 mg de sodium.

Ce médicament contient du lactose. Son utilisation est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au galactose, un déficit en lactase de lapp ou un syndrome de malabsorption du glucose ou du galactose (maladies héréditaires rares).

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER LAVIS DE VOTRE MEDICIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS

Ce médicament DOIT ETRE EVITE en association avec un vaccin vivant atténué ou avec des doses anti-inflammatoires d'acide acétylsalicylique (≥ 1 g par prise et/ou ≥ 3 g par jour). 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 PHYTOTHERAPIE OU THERAPIES ALTERNATIVES

Sans objet.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Grossesse

Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse qu'en cas de nécessité. Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin car il lui seul peut juger de la nécessité de poursuivre ce traitement.

En général, dissoudre les comprimés dans un verre d'eau en une prise le matin, au cours du repas.

Durée du traitement

Elle est déterminée par votre médecin.

En cas de traitement prolongé, ne pas arrêter brutalement le traitement mais suivre les recommandations de votre médecin pour la diminution des doses.

SURDOSAGE

Sans objet.

INSTRUCTIONS EN CAS D'OMISSION D'UNE OU DE PLUSIEURS DOSES

Pour être efficace, ce médicament doit être utilisé régulièrement. Cependant, si vous omettez de prendre une dose, continuez le traitement normalement.

RISQUE DE SYNDROME DE SEVRAGE

Sans objet.

EFFETS INDESIRABLES

Comme tous les médicaments, KOPRED comprimé effervescent est susceptible d'avoir des effets indésirables bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

Ce médicament, indispensable, est le plus souvent bien toléré lorsque l'on suit les recommandations et notamment le régime. Il peut néanmoins entraîner, selon la dose et la durée du traitement, des effets plus ou moins gênants.

Les plus fréquemment rencontrés sont :

- Modification de certains paramètres biologiques (sel, sucre, potassium) pouvant nécessiter un régime ou un traitement complémentaire.
- Apparition de bleus.
- Elevation de la tension artérielle, rétention d'eau et de sel pouvant entraîner une insuffisance cardiaque.
- Troubles de l'humeur : excitation, euphorie, troubles du sommeil.
- Syndrome de Cushing : une prise de corticoïdes peut se manifester par une prise de poids, un gonflement et une rougeur du visage, une poussée excessive des poils.
- Fragilité osseuse : ostéoporose, fractures.
- Atteintes douloureuses des os au niveau de l'articulation de la hanche (ostéonécrose).
- D'autres effets beaucoup plus rares, ont été observés.
- Risque d'insuffisance de sécrétion de la glande surrénale.
- Récidif de crises chez l'enfant.