

# 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 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.



Declaration de Maladie

N° W21-609904

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 24456 Société : Ram

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUBAL MOKHTAR

Date de naissance : 13.08.61

Adresse : Habitude

Tél : 2661 622 300 Total des frais engagés : 187.50 DA

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21.05.2022

Nom et prénom du malade : MOUBAL MOKHTAR Age : 60

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Vertiges

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'at médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 22.05.22

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

# 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
21/05/12		CS	20	INP : 10500 dh

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MOUBARAK BOUGHODI Docteur en Pharmacie 6 Blot 1 Hay Moubarka Bemoussi Tel. 05 22 76 76 41 CASABLANCA	21/05/12	187,50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

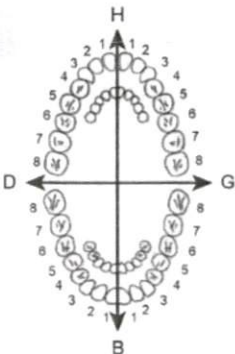
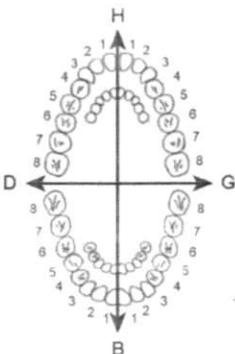
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
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 <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
				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'EXE



Hôpital sans Tabac  
Fumer tue

مستشفى بدون تدخين  
التدخين يقتل

صيدلية حي مبارك  
PHARMACIE MOUBARAKA  
BOUGHOU Wajda  
Docteur en Pharmacie  
6 Bloc 1 Hay Moubaraka Bernoussi  
Tél 05 22 76 76 41 CASABLANCA

Casablanca, le : 24/05/22

**ORDONNANCE**

Docteur : .....

Nousol. Nousol.

57.00  
1/ Tanager Cp  
58.40 1 Cp x 3 h x 2 j  
2/ Effipred 20  
3 Cp le mat 1 j  
57.00 3/ Bellaserc Cp  
1 Cp x 3 h x 2 j  
187.50

# Betaserc

24 mg dichlorhydrate de bétahistine

Comprimé

**Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.**

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou 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 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. Voir rubrique 4.

## **1. QU'EST-CE QUE BETASERC 24 mg, comprimé ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?**

### Classe pharmacothérapeutique - code ATC :

Ce médicament contient une substance active qui s'appelle la bétahistine. Il appartient à une classe de médicaments appelée anti-vertigineux. Il lutte contre les vertiges.

Il est indiqué dans certaines formes de vertige.

## **2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE BETASERC 24 mg, comprimé ?**

### Ne prenez jamais BETASERC 24 mg, comprimé :

- Si vous êtes allergique à la substance active ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6.
- Si vous avez une excroissance anormale de la glande médullo-surrénale qui peut provoquer une hypertension artérielle sévère (phéochromocytome).

Ne prenez jamais BETASERC si l'un des cas ci-dessus vous concerne. En cas de doute, il est indispensable de demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien avant de prendre BETASERC.

### **Avertissements et précautions**

#### **Mises en garde spéciales**

Prévenez votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre BETASERC si vous êtes asthmatique. Dans ce cas, le traitement avec BETASERC nécessite une surveillance particulière en raison des effets sur le système

des bronches.

Chez les patients atteints de gastro-entérite, la prise de BETASERC nécessite une surveillance de la durée du traitement.

BETASERC est contre-indiqué chez les personnes souffrant de troubles du système nerveux central.

les formes de

crises de vertige en relation avec le système nerveux central.

73,00

2025

2025

2025

2025

2025

2025

2025

2025

2025

2025

2025

2025

2025

2025

2025

2025

2025

2025

2025

2025

2025

2025

2025

2025

2025

2025

2025

2025

2025

2025

2025

2025

2025

2025

2025

#### **Précautions d'emploi**

Prenez les comprimés au milieu des repas pour éviter les douleurs d'estomac.

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre BETASERC 24 mg, comprimé.

#### **Autres médicaments et BETASERC 24 mg, comprimé**

Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez, avez récemment pris ou pourriez prendre tout autre médicament.

#### **Grossesse et allaitement**

Il est préférable de ne pas utiliser ce médicament pendant la grossesse ou l'allaitement.

Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité de le poursuivre.

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous pensez être enceinte ou planifiez une grossesse, demandez conseil à votre médecin ou pharmacien avant de prendre ce médicament.

#### **Conduite de véhicules et utilisation de machines**

BETASERC 24 mg, comprimé n'est pas ou peu susceptible d'avoir un effet sur votre aptitude à conduire de véhicules et à utiliser des machines.

## **3. COMMENT PRENDRE BETASERC 24 mg, comprimé ?**

Veuillez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les indications de votre médecin. Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de doute.

#### **Posologie**

La dose habituelle est de 1 comprimé, 2 fois par jour.

Cette forme du médicament est utilisée quand vous avez besoin

# EFFIPRED®

(Prednisolone)

## PRESENTATIONS

Boîte de 30 comprimés effervescents à 5 mg

Boîte de 20 comprimés effervescents à 20 mg

EFFIPRED® 20 mg

## COMPOSITION

- Comprimés effervescents à 5 mg

Prednisolone (sous forme de métasulfobenzoate de sodium)

Excipient qsp.....

- Comprimés effervescents à 20 mg

Prednisolone (sous forme de métasulfobenzoate de sodium)

Excipient qsp.....1 comprimé effervescent

PPV 58DH40  
EXP 10/2024  
LOT 10022 6

## PROPRIETES

EFFIPRED® est un glucocorticoïde à usage systémique, utilisé principalement pour ses propriétés anti-inflammatoire, anti-allergique et immunodépressive.

## INDICATIONS

Affections rhumatologiques, respiratoires, ORL, ophtalmologiques, neurologiques, néphrologiques, néoplasiques, infectieuses, hématologiques, endocriniennes, digestives, dermatologiques, et dans les connectivites et collagénoses.

## POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

- Se conformer strictement à la prescription du médecin.
- Prendre les comprimés dissous dans un verre d'eau au cours des repas, de préférence en une prise le matin.

## CONTRE-INDICATIONS

- Tout état infectieux non traité par antibiotiques ou antimycosiques.
- Certaines viroses en évolution (herpès, varicelle, zona, hépatite)
- États psychotiques encore non contrôlés par un traitement.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI ET MISE EN GARDE

### En cas de traitement prolongé :

- Observer un régime pauvre en sucres et enrichi en protéines et en calcium
- Réduire l'apport en sodium en tenant compte de la teneur en sodium du comprimé (43 mg de sodium par comprimé à 20 mg et 28,6 mg de sodium par comprimé à 5 mg).
- Ne jamais arrêter brutalement le traitement mais diminuer progressivement les doses en suivant la prescription de votre médecin.

# Tanganil® 500 mg

**Veillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes pour votre traitement.**

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un demandez plus d'informations à votre médecin ou pharmacien.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.
- Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez votre médecin.
- Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un des effets mentionnés comme étant grave, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.



728860

• allergie ou intolérance au gluten ou à l'amidon de blé.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDICÉ DE CONSULTER VOTRE MÉDECIN OU VOTRE PHARMACIEN.

**Tanganil® 500 mg**  
**تانجانيل 500 ملغ**

30 comprimés - 30 قرص

VTE: MA - PPV: 51DH00



6 118001 183340

le traitement, consultez votre médecin pour la nécessité de poursuivre.

Demandez conseil à votre médecin avant de prendre tout médicament.

**Liste des excipients à effet notable**

## **Dans cette notice :**

1. QU'EST-CE QUE TANGANIL 500 mg, comprimé ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE TANGANIL 500 mg, comprimé ?
3. COMMENT PRENDRE TANGANIL 500 mg, comprimé ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER TANGANIL 500 mg, comprimé ?
6. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

## **1. QU'EST-CE QUE TANGANIL 500 mg, comprimé ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?**

**Classe pharmacothérapeutique**  
**ANTIVERTIGINEUX**

Ce médicament est préconisé dans le traitement symptomatique de la crise vertigineuse.

## **2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE TANGANIL 500 mg, comprimé ?**

**Ne prenez jamais TANGANIL 500 mg, comprimé dans les cas suivants:**

- allergie connue à l'acétylleucine ou à l'un des autres composants de ce médicament,

## **3. COMMENT PRENDRE TANGANIL 500 mg, comprimé ?**

### **Posologie**

*Chez l'adulte*

### **Fréquence d'administration**

En moyenne 3 à 4 comprimés en

### **Durée de traitement**

La durée du traitement est variable, elle dépend du début du traitement ou en cas de récidive, elle peut être augmentée.

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER À L'ORDONNANCE DE VOTRE MÉDECIN.

### **Mode d'administration**

Voie orale.

## **4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?**

Comme tous les médicaments, TANGANIL 500 mg est susceptible d'avoir des effets indésirables. Le monde n'y soit pas sujet.

Des réactions cutanées (éruptions, démangeaisons) ont été très rarement observées.