

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 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.



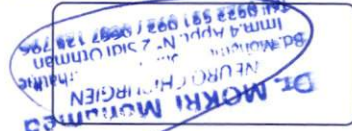
Déclaration de Maladie
M22- 0012278

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0010346 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Elmioudia Landi
 Date de naissance : 01.01.1960
 Adresse : Hay My Rachid Gr 3 Av driss Harti
N°34 Etg 2 App13
 Tél. : 06 24 26 4806 Total des frais engagés : 596,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 06/06/2022
 Nom et prénom du malade : Landi Mioudia Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Mal neurologique
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : 08/06/2022 Le : 08/06/2022
 Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019


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.

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

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
06.06.22		9	28000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06.06.2022	346,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

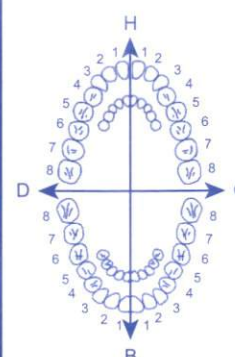
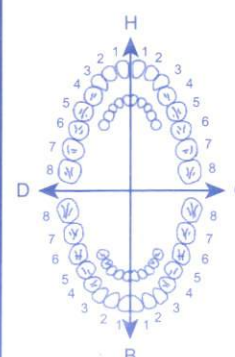
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT 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 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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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'EXECUTION

Dr. Mohamed MOKRI
NEUROCHIRURGIEN

Chirurgie et maladies du crâne,
Système nerveux et de la colonne vertébrale.
Traitement de l'épilepsie
Electroencéphalographie

Ex. Médecin principal à l'hôpital Mohamed 5 - Meknes
Ex. Praticien au CHU Ibn Rochd - Casablanca



الدكتور محمد المقرى

إختصاصي في جراحة وأمراض الرأس،
الأعصاب و العمود الفقري
علاج داء الصرع (الكبار و الصغار)
التخطيط الكهربائي للدماغ

طبيب رئيسي سابقا بمستشفى محمد الخامس - مكناس
جراح سابق بالمركز الإستشفائي الجامعي إين رشد - الدار البيضاء

Casablanca, le : 06.06.2022

PHARMACIE CHADILI GK SARL
4, Rue 24, Lotissement Amal
Sidi Moumen Casablanca
Tél : 05 22 72 80 91
INPE : 092018209

Landi el M. bouche

Flusad 2 mg

20901

180,00

PHARMACIE CHADILI GK SARL
4, Rue 24, Lotissement Amal
Sidi Moumen Casablanca
Tél : 05 22 72 80 91
INPE : 092018209

Lysondie

20902

37,60

129,00

③

Junotonus

20903

346,60

Dr. MOKRI Mohamed
Imm.4 Appt. N° 2 Sidi Othmane
Tél: 0522 551 092 / 0667 125 796

OT	212976
EXP	12 2024
PPV	180.00

شارع محمد بوزيان، إقامة فرحاتين، عمارة 4، شقة 2- الطابق الاول، سيدي عثمان - الدار البيضاء - (قرب أسيميا سيدي عثمان)

Bd. Mohamed Bouziane Résidence Farhatine, Imm.4 Appt.2

1er étage - Sidi Othmane - Casablanca (près de Acima Sidi Othmane)

Tél.: 0522.551.092

GSM.: 0667.125.796

JUVATONUS

Effervescent Ginseng + Taurine

JUVATONUS Effervescent Ginseng + Taurine - Complément alimentaire. N'est pas un médicament.

Arôme Bubble gum

INGRÉDIENTS :

Acidifiant : acide citrique ; agent de charge : sorbitol ; poudre à lever : carbonate de sodium ; extrait de graine de Guarana : 11,6% ; taurine : 3,7% ; vitamine C ; agent de charge : polyéthylène glycol ; arôme ; caféine : 0,7% ; extrait de racine de ginseng (Eleuthérocoque) : 0,4% ; édulcorant : saccharinate de sodium.

Composition
GINSENG (racine)
TAURINE
VITAMINE C
CAFÉINE (dont 62,5% apportée par le Guarana)
GUARANA (graine)

*Dose Journalière Recommandée pour un adulte-t

** Équivalent plantes sèches.

JUVATONUS EFFERVESCENT GINSENG + TAURINE

Complément alimentaire. N'est pas un médicament.

CONSEILS D'UTILISATION : Dissoudre 1 comprimé effervescent 1 à 2 fois par jour dans un grand verre d'eau de 200 ml environ. La formation d'une mousse blanche à la surface du verre est due à la concentration des actifs.

Importé au Maroc par: PROMOSER - Résidence CASA I,
282 Bd de la Résistance, CASABLANCA - MAROC

N° lot / Batch n° :
EXP :



FG
202

FG101 1224

LOT

PER

Prix

129.00

75112 W
67038
1984

Poids n

تصريح من وزارة الصحة رقم:

N° du certificat d'enregistrement au ministère de la santé DA 2021001234DMP/20UCA/MAV4

Lysanxia®



Prazépam

FORME ET PRESENTATION :

LYSANXIA® 10mg comprimés sécables, boîte de 2 blisters de 20 comprimés.

LYSANXIA® 15mg/ml, solution buvable en gouttes, flacon de 20ml.

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE :

LYSANXIA® comprimé :

Prazépam : 10 mg

Excipients : lactose, cellulose microcristalline, amidon de maïs, stéarate de magnésium, silice colloïdale, q.s.p. un comprimé sécable.

LYSANXIA® gouttes :

Pour 1 ml = 30 gouttes : 15 mg de prazépam.

Excipients: propylèneglycol, ethyldiéthylèneglycol, saccharine sodique, polysorbate 80, menthol, anéthole, bleu patenté V.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE (TYPE D'ACTIVITE) :

Benzodiazépine (anxiolytique)

(N: système nerveux central)

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT (INDICATIONS THERAPEUTIQUES) :

Ce médicament est préconisé dans le traitement de l'anxiété lorsque celle-ci s'accompagne de troubles gênants.

ATTENTION !

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT (CONTRE-INDICATIONS) :

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

- insuffisance respiratoire **grave**,
- insuffisance hépatique **grave**,
- syndrome d'apnée du sommeil (pauses respiratoires durant le sommeil),
- allergie connue à cette classe de produits.

Il ne doit pas être utilisé, sauf avis contraire du médecin, en cas de myasthénie ou d'allaitement.

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

MISES EN GARDE SPECIALES :

Ne JAMAIS arrêter BRUTALEMENT ce traitement, en raison du risque d'apparition d'un phénomène de SEVRAGE. Celui-ci se caractérise par l'apparition, en quelques heures ou en quelques jours, de symptômes tels que anxiété importante, insomnie, douleurs musculaires mais on peut observer également de l'agitation, une irritabilité, des migraines, sensibilité anormale au bruit ou à la lumière, etc...

La diminution très PROGRESSIVE des doses et l'espacement des prises représentent la meilleure prévention de ce phénomène de sevrage. Cette période sera d'autant plus longue que le traitement aura été prolongé.

Malgré la décroissance progressive des doses, un phénomène de REBOND sans gravité peut se produire, avec réapparition TRANSITOIRE des symptômes (anxiété, insomnie) qui avaient justifié la mise en route du traitement. Ce médicament peut être à l'origine des troubles de la mémoire. Ceux-ci surviennent le plus souvent dans les heures qui suivent la prise du produit.

Chez certains sujets, en particulier l'enfant et la personne âgée, ce médicament peut entraîner des effets contraires aux effets recherchés:

- aggravation de l'insomnie, cauchemars,
- nervosité, irritabilité, agitation, agressivité, accès de colère,
- idées délirantes, hallucinations, troubles du comportement.

Dans ce cas, vous devez interrompre le traitement et consulter votre médecin.

LYSANXIA® gouttes :

Cette spécialité contient des dérivés terpéniques dans la formule qui peut entraîner des accidents neurologiques à type de convulsions chez le nourrisson.

LYSANXIA® comprimé :

En raison de la présence de lactose, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en lactase.

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

La prise de ce médicament nécessite un suivi médical renforcé, notamment en cas de maladie chronique du foie, d'alcoolisme et d'insuffisance respiratoire. Un contrôle régulier par votre médecin est nécessaire, notamment en cas de troubles du sommeil, de pensées suicidaires.

La prise d'alcool est formellement déconseillée pendant la durée du traitement.

En cas d'épilepsie ancienne ou récente, DEMANDER CONSEIL A VOTRE MEDECIN.

LOT

PER

PPV

37,60