

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.

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.

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

N° P19- 0041405

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 0856

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : 44,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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 : Casablanca

Le : 01/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE DU NIL 451, Bd. Oum-Rabii Dulfa - Casablanca	01/08/2022	666,62

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a dental arch with numbered teeth (1 through 8 on each side) and arrows indicating movement directions. A horizontal arrow labeled 'D' points to the left, and a vertical arrow labeled 'G' points upwards. A vertical arrow labeled 'H' points upwards, and a horizontal arrow labeled 'B' points downwards.

[Création, remont, adjonction]

VIGA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE DU NIL

Le : 01/08/2022

HAY ELOULFA CASABLANCA

PATENTE : 36004560

PHONE : 0522900748

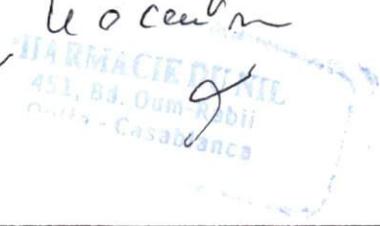
ICE N° : 001644535000081



FACTURE

NOM: M' ZIAN, Abdelfatih

Assuré la présente facture à la somme de quarante quatre francs, le cent^{me}



Rennie®

MENTHE



14,40

Forme et Présentation

- Composition :** 1 comprimé contient :
Carbonate de calcium : 680 mg
Carbonate de magnésium : 80 mg
Excipients : q.s.p. un comprimé dont 475 mg de saccharose
Arôme menthe
Rennie® ne contient pas de sodium.
- Propriétés :** Rennie® est un anti-acide, il diminue l'acidité de l'estomac.
- Indications :** Rennie® est préconisé dans les brûlures et aigreurs de l'estomac chez l'adulte de plus de 15 ans.
- Contre-Indications :** Rennie® ne doit pas être utilisé en cas de troubles rénaux.
- Précautions d'emploi :** En cas de régime limité en hydrates de carbone, tenir compte de l'apport en saccharose.
Si les troubles ne disparaissent pas en 7 jours, il convient de consulter votre médecin.
Si les douleurs sont associées à une fièvre, à des vomissements, il convient de consulter immédiatement votre médecin.
- Effets indésirables :** Liés au calcium : à dose forte et prolongée, survenue possible de calculs et de troubles rénaux.
Liés au magnésium : survenue possible de diarrhées à forte dose.
- Interactions médicamenteuses :** Les anti-acides peuvent diminuer l'effet de nombreux médicaments. Il convient d'espacer la prise d'un anti-acide et d'un autre médicament d'au moins deux heures. En cas de doute, demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.
- Grossesse et allaitement :** Rennie® peut être utilisé pendant la grossesse et l'allaitement en respectant la posologie indiquée.
- Posologie :** 1 à 2 comprimés à sucer ou à croquer au moment des douleurs ou après les repas
Ne pas dépasser 12 comprimés par jour.
- Remarques générales au bon usage des anti-acides :** Ce médicament a pour but d'améliorer votre état digestif et, en particulier, de soulager vos maux d'estomac. Son utilisation ne doit pas vous dispenser d'une alimentation saine et régulière : en particulier, prenez le temps de manger tranquillement et surtout, évitez de fumer ou de prendre des boissons alcoolisées longtemps après les repas ou quand vous êtes à jeun.
- Conservation :** Ne pas dépasser la date limite d'utilisation figurant sur le conditionnement extérieur. Ne pas laisser à la portée des enfants.

Bayer S.A.

Bd Sidi Mohamed Ben Abdellah Casablanca Marina,
Tour d'Ivoire 1, Etage 3, Casablanca 20030 - Maroc

C17045
58119451

Prazol® 20 mg

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, consultez votre pharmacien ou votre médecin.
- Ce médicament vous a été prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Si vous en avez trop pris, ou en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez quelque chose de suspect dans cette notice, parlez-en à votre pharmacien ou à votre médecin.

PPV : 30DH00

PER : 04/24

LOT : K3638-3



COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

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

FORME PHARMACEUTIQUE

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

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

PRAZOL® 20 mg, gélule gastro-résistante contient la substance active oméprazole. Il appartient à la classe des médicaments appelée 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 associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). PRAZOL® 20 mg, gélule gastro-résistante peut aussi être utilisé pour la prévention de ceux-ci si vous prenez des AINS.
- Un excès d'acide dans l'estomac dû à une grosseur au niveau du pancréas (syndrome de Zollinger-Ellison)

Chez les enfants :

Enfants âgés de plus d'un an et avec un poids corporel $\geq 10 \text{ kg}$

- le reflux gastro-œsophagien (RGO).

Les symptômes chez l'enfant peuvent comprendre des remontées dans la bouche du contenu de l'estomac (régurgitation), des vomissements et une prise de poids limitée.

Enfants âgés de plus de 4 ans et adolescents

- les ulcères infectés par une bactérie appelée *Helicobacter pylori*. Dans ce cas, le médecin peut également prescrire à votre enfant des antibiotiques qui permettent de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.

COMMENT UTILISER CE MÉDICAMENT

- Maladie ulcéreuse gastroduodénale :

Selon le cas :

- 1 gélule de Prazol® 20 mg matin et soir, associée à deux antibiotiques pendant 7 jours.
- Cette trithérapie sera suivie par 1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 3 à 5 semaines supplémentaires.
- 1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 6 semaines.

- Œsophagite par reflux gastro-œsophagien :

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

- Traitements des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens :

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

- Traitements préventifs des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens :

