

# 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.

## 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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0041405

124380

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0856 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : ZIDANI Abdelhak

Date de naissance : 04.08.1949 à Casablanca

Adresse : Rue 9 Villa 37 groupe W EL OUCFA CASABLANCA

Tél. : 0661101385 Total des frais engagés : 44,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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) :



### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE DU NIL</b> 451, Bd. Oum-Rabii Oulfa - Casablanca	01/08/2022	646,27

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

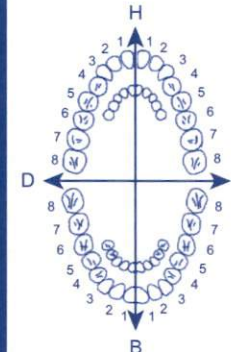
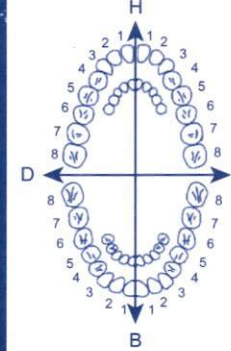
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table> <b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT 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	H																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B	B																	
				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

PHARMACIE DU NIL

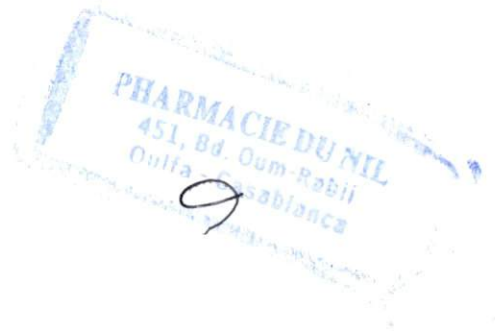
HAY ELOULFA CASABLANCA

PATENTE : 36004560

PHONE : 0522900748

ICE N° : 001644535000081

Le : 01/08/2022



## FACTURE

NOM : M<sup>r</sup> ZIDAN, Abdeljalil

PRODUITS	NOMBRE	PU.	TOTAL
Praxyl Long	1	30,00	30,00
Resorix	1	14,00	14,00
			<hr/>
			44,00
Assisté la présente facture à la somme de			

quarante quatre dhars, 00 centimes



# Rennie®

MENTHE



14.40

## Forme et Présentat

## 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

58119451 C17045



# Prazol<sup>®</sup> 20 mg

oméprazole

Veuillez 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, consultez 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 identiques, cela pourrait lui être nocif.

• Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez d'autres effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

PPV : 30DH00

PER : 04/24

LOT : K3638-3



## COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Prazol<sup>®</sup> 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<sup>®</sup> 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 MEDICAMENT

PRAZOL<sup>®</sup> 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<sup>®</sup> 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  $\geq 10$  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 MEDICAMENT

• Maladie ulcéreuse gastroduodénale :

Selon le cas :

- 1 gélule de Prazol<sup>®</sup> 20 mg matin et soir, associée à deux antibiotiques pendant 7 jours.

Cette trithérapie sera suivie par 1 gélule de Prazol<sup>®</sup> 20 mg par jour pendant 3 à 5 semaines supplémentaires.

- 1 gélule de Prazol<sup>®</sup> 20 mg par jour pendant 4 à 6 semaines.

• Oesophagite par reflux gastro-œsophagien :

- 1 gélule de Prazol<sup>®</sup> 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

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

- 1 gélule de Prazol<sup>®</sup> 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• Traitement préventif des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens :

