

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

N° W21-662466

156171

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 11135 Société : R.A.M.		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : JEBRALI ABDELLATIF		
Date de naissance : 31/12/1970		
Adresse :		
Tél. : 066137 2648 Total des frais engagés :		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin
<input type="text"/>	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 28/03/2023	
Nom et prénom du malade : JEBRALI ABDIAA Age : 50 Ans	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfan
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'adhérent(e).	

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 : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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
25/6/2023			120.000 Dhs.	INP : 03210100  Dr. Ilias MESSKY Médecin Généraliste Lai Faïd Allal, Groupe N° 46 Tunis - Tél : 0523271529

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE NOLU MEN</b> <b>BD LA PALESTRE LOT 1</b> <b>EL ALIA VILLE D'AMMÉDIA</b> <b>INPE: 09 2044 049</b> <b>TEL: 05 23 28 44 85</b>	25-03-23	123,90

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
		A M	P C	I M	I V	

#### VIOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																	
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																	
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan																	
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
			INP : _____														
CŒFFICIENT DES TRAVAUX																	
MONTANTS DES SOINS																	
DÉBUT D'EXÉCUTION																	
FIN D'EXÉCUTION																	
	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">-----</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> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	-----		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	-----																
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
CŒFFICIENT DES TRAVAUX																	
MONTANTS DES SOINS																	
DATE DU DEVIS																	
DATE DE L'EXÉCUTION																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CAPT

**Dr.Ilias MESSKY**

## Médecin Généraliste

**Lauréat de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca.  
Ancien Médecin interne à l'hôpital Péphérique de Benslimane.**



الدكتور إلياس مسكي  
طبيب عام

**خريج كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء  
طبيب داخلي سابق بالمستشفى الإقليمي**

بینسیلیمان

**بینسیلیم ای  
12 PHARMACEUTICALS MOUEN  
BD LA FALES 1000 RABAT  
EL ALIA 1000 RABAT  
TEL: 0523284485  
INTE: 092044049**

## **ORDONNANCE**

Mohammedia le : ..... 25/03/2023

februar Aliae

65.00 > Alfano x 18  
1 sachet x 21 jr  
36.40 > Kynred 20 mg  
1 cap 1 jr  
22.50 > Omiz 20 mg  
1 selule x 1 jr  
123.90

Dr. Ilias MESSKY  
Médecin Généraliste  
Lot Faouf Allah, Groupes N°16  
Mohammedia - Tél : 0523271529

μL ∈ MNS

# Omiz®

Oméprazole

## Microgranules gastrorésistants en gélule

### PRESENTATIONS :

OMIZ® 20 mg : Boîte de 7 gélules

Boîte de 14 gélules

Boîte de 28 gélules

OMIZ® 10 mg : Boîte de 7 gélules

Boîte de 14 gélules

Boîte de 28 gélules

### COMPOSITION :

OMIZ® 20mg

Oméprazole.....20 mg

Excipients q.s.p.....1 gélule

Excipient à effet notoire : saccharose

### COMPOSITION :

OMIZ® 10mg

Oméprazole.....10 mg

Excipients q.s.p.....1 gélule

Excipient à effet notoire : saccharose

### CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE :

Inhibiteur de la pompe à protons (appareil digestif et métabolisme). Il diminue la sécrétion acide au niveau de l'estomac.

### INDICATIONS :

#### - Chez l'adulte :

- En association à une bithérapie antibiotique, éradication de Helicobacter pylori en cas de maladie ulcéruse gastroduodénale,
- Ulcère duodénal évolutif,
- Ulcère gastrique évolutif,
- Oesophagite érosive ou ulcération symptomatique par reflux gastro-oesophagien,
- Traitement symptomatique du reflux gastro-oesophagien associé ou non à une oesophagite, en cas de résistance à la posologie de 10 mg d'oméprazole par jour,
- Traitement d'entretien des ulcères duodénaux chez les patients non infectés par Helicobacter pylori ou chez qui l'éradication n'a pas été possible,
- Traitement d'entretien des oesophagites par reflux gastro-oesophagien,
- Syndrome de Zollinger-Ellison,
- Traitement des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens lorsque la poursuite des anti-inflammatoires est indispensable.
- Traitement préventif des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens chez les 65 ans, antécédents d'ulcère gastroduodenal) pour lesquels un traitement anti-inflammatoire est indispensable.

#### - Chez l'enfant à partir d'un an : Oesophagite érosive ou ulcération symptomatique par reflux gastro-oesophagien

### CONTRE-INDICATIONS :

- Hypersensibilité à l'un des constituants de ce médicament.

- En association avec l'atazanavir associé au ritonavir (médicament anti-infectieux).

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

### MISES EN GARDE / PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

#### Mises en garde :

En raison de la présence de saccharose, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas d'intolérance au fructose, de syndrome de malabsorption du glucose et galactose ou de déficit en sucrase-isomaltase (maladies métaboliques rares).

#### Précautions d'emploi :

Utiliser ce médicament avec précaution en cas d'affections chroniques du foie.

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

### INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MÉDICAMENTS :

Avec l'atazanavir associé au ritonavir (médicament anti-infectieux). Si vous prenez ou avez pris obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

LOT: 4199  
PER: 10/25  
PPV: 22DH50

Omiz 20mg  
7 gélules



# 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. Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit, ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes 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 pharmacien.

## PRÉSENTATION

KOPRED 5 mg comprimé effervescent, Boîte de 1 flacon contenant 30 comprimés effervescents.

KOPRED 20 mg comprimé effervescent, Boîte de 1 flacon contenant 20 comprimés effervescents.

## COMPOSITION

Substance active : Prednisolone

KOPRED 5 mg comprimé effervescent, contient 5 mg de prednisolone (sous forme de métasulfobenzoate de sodium). KOPRED 20 mg comprimé effervescent, contient 20 mg de prednisolone (sous forme de métasulfobenzoate 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

GLUCOCORTICOÏDES - USAGE SYSTÉMIQUE.

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ce médicament est un corticoïde.

Il est indiqué dans certaines maladies, où il est utilisé pour son effet anti-inflammatoire.

## CONTRE-INDICATIONS

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

## 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 contrôlant 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 l'app ou un syndrome de malabsorption du glucose ou du galactose (maladies héréditaires rares).

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

## INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MÉDICAMENTS

Ce médicament DOIT ETRE EVITE en association avec un vivotivin atténué ou avec des doses anti-inflammatoires d'acétylsalicylique ( $\geq 1$  g par prise et/ou  $\geq 3$  g par jour).

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez 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 lui seul peut juger de la nécessité de poursuivre ce traitement.

### Allaitement

L'allaitement est à éviter pendant le traitement en raison du

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.

## RISQUES

Sans objet.

## EFFECTS

Comme

efferve

bien qu'

Ce mé

lorsque

Kopred 20 mg  
Boîte de 20 comprimés



irables

bien toléré  
nt le  
et la durée

sel, sucre,  
tement

LOT : 1511

PER : 10 - 26

P.P.V : DH 40



t de sel



s du



it se

et une

l'articulation de la hanche (oncose).

D'autres effets, beaucoup plus rares, ont été observés:

- Risque d'insuffisance de sécrétion de la glande surénale.

- Retard de croissance chez l'enfant.

