

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <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 |

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	2617	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	NOHAMED
Nom & Prénom :		CHA SIA MOHAMED	
Date de naissance :		02/11/56	
Adresse :		HABITU GLOU	
Tél. :		0670274025 Total des frais engagés : - 327,50 Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : CHASIA MOHAMED Age: 67 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : CHRONIQUE

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 : MSA

Le : 19/11/2023

Signature de l'adhérent(e) : CHASIA

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
 PHARMACIE ALJ ALJ N° 1 Addel Jah 79 Bd Abdel Rahman Casa Tel 02 36 06 54	13/11/2023	327.50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

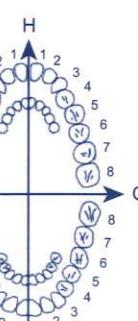
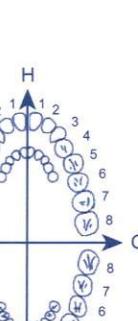
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
				MONTANTS DES SOINS	
				DEBUT D'EXECUTION	
				FIN D'EXECUTION	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	B 11433553 00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS	
				DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

صيدلية العلوج

PHARMACIE ALJ

ALJ Mohamed Abdelilah

Université Paul Sabatier Toulouse

279, Bd Abdelmoumen

Casablanca 20100

05.22.86.06.54



Casablanca le : 15/11/2023
Facture n° :

Client CHASINA DOUTHANE

ICE

Médicaments	Quantité	Prix. U.	Total
Condrospine	1	27.70	27.70
Nebifest	1	87.50	87.50
Diamicet 30	1	54.30	54.30
Tahov	2	79.00	158.00
			<u>322.50</u>
Trois cent vingt sept dirhams et 50 centimes			

ALJ PHARMACEUTICALS
ABDELMOUMEN 279
CASABLANCA 20100 MOROCCO

Pharmacie ALJ

279, Bd Abdelmoumen Casablanca

ICE : 001525945000041 - Patente : 34402734 - MF : 42044350 - RC : 180264

NEBILET® 5 mg

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg

28 comprimés O

PPV 87DH50

V140977/01

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

NEBILET 5 mg, comprimé quadrisécable

La substance active est :

Nébivolol 5,00 mg
 Sous forme de chlorhydrate de nébivolol 5,45 mg
 pour un comprimé quadrisécable

Les autres composants sont :

Polysorbate 80, hypromellose, lactose monohydraté, amidon de maïs, croscarmellose sodique, cellulose microcristalline, silice colloïdale anhydre, stéarate de magnésium.

1. QU'EST-CE QUE NEBILET 5 mg, comprimé quadrisécable

ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISE ?

Ce médicament se présente sous la forme

(un médicament protégé par le brevet de protection du traitement du cancer);

Médicaments pour traiter un excès d'acidité dans l'estomac ou les ulcères (médicament antiacide), par exemple la cimétidine ; NEBILET 5 mg doit être pris pendant les repas et l'antiacide entre les repas.

L'utilisation de ces médicaments est généralement déconseillée sous traitement par nébivolol sauf avis contraire de votre médecin.

3. COMMENT PRENDRE NEBILET 5 mg, comprimé quadrisécable ?

Hypertension

La dose est généralement d'un comprimé par jour. Chez les sujets âgés et chez les insuffisants rénaux, la posologie initiale est de 1/2 comprimé par jour.

L'activité antihypertensive se manifeste généralement après 1 à 2 semaines de traitement, l'effet maximal ne pouvant apparaître qu'au bout de 4 semaines.

Votre médecin peut décider d'associer d'autres médicaments antihypertenseurs, en cas de réponse insuffisante.

Insuffisance cardiaque chronique stable

La posologie est adaptée à chaque patient, par augmentation progressive des doses toutes les 1 à 2 semaines en fonction de la tolérance.

Le traitement est instauré à 1,25 mg (soit 1/4 de comprimé) par jour pendant 1 à 2 semaines.

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 d'autres questions, 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 à votre pharmacien.



CARDIOASPIRINE®

100 mg, comprimés gastro-résistants

**O
tte notice :**

ce que CardioAspirine 100 mg et dans quel cas est-il utilisé ?

sont les informations nécessaires à connaître avant de prendre CardioAspirine 100 mg ?

nt prendre CardioAspirine 100 mg ?

ont les effets indésirables éventuels ?

nt conserver CardioAspirine 100 mg ?

ons supplémentaires

CE QUE CARDIOASPIRINE 100 MG ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?

CardioAspirine contient comme principe actif l'acide acétylsalicylique. Ce dernier inhibe, à doses réduites déjà, l'agrégation des plaquettes sanguines. Grâce à un enrobage résistant à l'acidité gastrique, le comprimé ne se dissout que dans l'intestin grêle. C'est pour cette raison que CardioAspirine ménage la muqueuse gastrique.

CardioAspirine 100 mg/0,035g
Acide acétylsalicylique DH
P.P.V. : 21,70 S.A.
Barcode : 18001090280



DIAMICRON® 30 mg

Gliclazide

Comprimé à Libération Modifiée

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

- Gardez cette notice. Vous pouvez la montrer à d'autres personnes. Il pourrait leur maladie être identiques aux vôtre.
- Si vous avez d'autres questions, parlez-en à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été prescrit pour d'autres personnes. Il pourrait leur maladie être identiques aux vôtre.
- 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).

54,30



QUE CONTIENT CETTE NOTICE?

1. Qu'est-ce que DIAMICRON 30 mg, comprimé à libération modifiée et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre DIAMICRON 30 mg, comprimé à libération modifiée ?
3. Comment prendre DIAMICRON 30 mg, comprimé à libération modifiée ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver DIAMICRON 30 mg, comprimé à libération modifiée ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

1. QU'EST-CE QUE DIAMICRON 30 MG, COMPRIMÉ À LIBÉRATION MODIFIÉE ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : sulfamide hypoglycémiant – dérivé de l'urée, code ATC : A10BB09

DIAMICRON 30 mg, comprimé à libération modifiée est un médicament qui réduit le taux de sucre dans le sang (antidiabétique oral appartenant à la classe des sulfonylurées).

DIAMICRON 30 mg, comprimé à libération modifiée est indiqué dans certaines formes de diabète (diabète de type 2 non insulino-dépendant) chez l'adulte, lorsque le régime alimentaire, l'exercice physique et la perte de poids seuls ne sont pas suffisants pour obtenir une glycémie (taux de sucre dans le sang) normale.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE DIAMICRON 30 MG, COMPRIMÉ À LIBÉRATION MODIFIÉE ?

No de référence : DIAMICRON 30 mg