

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie

N° P19-0041952

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.

Biologie 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.

Éducation :

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.

Prothèse :

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

Déclaration : contact@mupras.com
Prendre en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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 : 823 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : LAOUINA KHADIJA EPKARIBI
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : 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 : Le :
Signature de l'adhérent(e) : 

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite de dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- HOSPITALISATION EN HOPITAL
- HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU EVENTORIUM
- JOUR EN MAISON DE REPOS
- ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
- actes répétés en plusieurs séances ou actes
- soins comportant un ou plusieurs échelonnages
- et les temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

En cas d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit venir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



Le 12/08/2019

DATE DE DEPOT

MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 879089

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : LAOUINA Khadija EPKARIIBI
Matricule : 823 Fonction : Retraitée Poste :
Adresse : 24 Jaber Ben Hayane N° 32 CASA
Tél. : Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : LAOUINA Khadija
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie : Allergie
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
A le / /
Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION 879089
Matricule N° :
Nom du patient :
Date de dépôt :
Montant engagé
Nombre de pièces jointes :



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
12/09/19			ASODU	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
	12-09-19	310,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

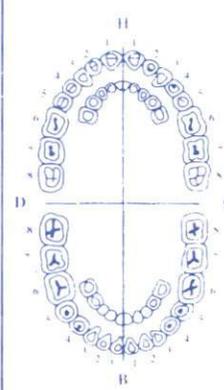
VOLET ADHERENT

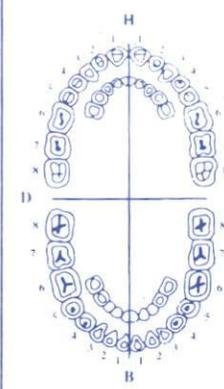
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer 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 <input style="width: 50px;" type="text"/>
				Montant des Soins <input style="width: 50px;" type="text"/>
				Début d'exécution <input style="width: 50px;" type="text"/>
				Fin d'exécution <input style="width: 50px;" type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table style="margin: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;">H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"> </td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;">D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;">B</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	25533412	H	21433552	00000000		00000000	00000000	D	G	35533411	B	11433553	Coefficient des Travaux <input style="width: 50px;" type="text"/>
	25533412	H	21433552											
	00000000		00000000											
	00000000	D	G											
	35533411	B	11433553											
			Montant des Soins <input style="width: 50px;" type="text"/>											
			Date du Devis <input style="width: 50px;" type="text"/>											
			Date de l'exécution <input style="width: 50px;" type="text"/>											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR HASSAN BOURMMANI

الدكتور حسن بورماني

Médecine Générale

الطب العام

Echographie

الفحص بالصدى

103, Place El Makhazine

103، ساحة واد المخازن

isablance

الدار البيضاء

Tel: 05 22 26 06 97

الهاتف : 05 22 26 06 97

PHARMACEUTICALS
Abdelmajid BALG
Docteur en Pharmacie
53, Rue Jebel Ibn Hajar
Sidi Belyouth

casablanca, le 12/09/19

الدار البيضاء في

LAOUIA Khoulifa

88,00

1) Curtec 10
1 cp le i

42,00

2) Proshni 20
2 cp // le ch x 5

40,00

3) Anti spa
14 3 f

140,00) ~~Ades 20 le i~~
180

310,00

PREDNI®20
Cooper — Prednisolone
Comprimés effervescents sécables

LOT N°:

UT. AV :

PPV :

42,00

Veillez 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, demandez plus d'informations.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donner jamais à d'autres personnes. Si vous avez des médicaments identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient sérieux ou si vous remarquez un effet indésirable, consultez votre médecin ou à votre pharmacien.

FORME PHARMACEUTIQUE ET PRESENTATION

PREDNI 20 COOPER est disponible en flacon de 20 comprimés effervescents sécables.

COMPOSITION

La substance active Chaque comprimé effervescent contient 20 mg de Prednisolone sous forme de métrasulfobenzoate de sodium (31,44 mg).

Excipientsq.s.p.1 comprimé effervescent sécable

Bicarbonate de sodium, acide tartrique, citrate monosodique anhydre, saccharine sodique, lactose monohydraté, benzoate de sodium, arôme orange-pamplemousse.

COMPOSITION DE L'ARÔME ORANGE-PAMPLEMOUSSE

- Huile essentielle d'orange, huile essentielle de pamplemousse, jus concentré d'orange
- Aldéhyde acétique, butyrate d'éthyle, citral, aldéhyde C6, linalol, terpinéol, acétate d'éthyle.
- Maltodextrine, gomme arabique, sorbitol.

LISTE DES EXCIPIENTS À EFFET NOTOIRE: Lactose, Sorbitol, Sodium

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

GLUCOCORTICOIDES - USAGE SYSTEMIQUE. (H: Hormones systémiques non sexuelles).

INDICATIONS

Ce médicament est un corticoïde.

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

COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT

Posologie

RESERVE A L'ADULTE ET A L'ENFANT DE PLUS DE 10 KG.

PREDNI 20 mg Cooper est adapté aux traitements d'attaque ou aux traitements de courte durée nécessitant des doses moyennes ou fortes chez l'adulte et l'enfant de plus de 10 kg.

La dose à utiliser est déterminée par votre médecin, en fonction de votre poids et de la maladie traitée.

Elle est strictement individuelle.

Il est très important de suivre régulièrement le traitement et de ne pas le modifier, ni l'arrêter brutalement sans l'avis de votre médecin.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

Voie orale.

En général, dissoudre les comprimés dans un verre d'eau en une prise le matin, au cours du repas. Respecter la prescription de votre médecin.

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.

CONTRE-INDICATIONS

N'utilisez jamais PREDNI 20 mg Cooper, comprimé effervescent sécable dans les cas suivants:

- la plupart des infections,
- certaines maladies virales en évolution (hépatites virales, herpès, varicelle, zona),
- certaines troubles mentaux non traités,
- vaccination par des vaccins vivants.
- si vous êtes allergique à la prednisolone ou à l'un des autres composants.

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

EFFETS NON SOUHAITES OU GENANTS

Comme tous les médicaments, PREDNI 20 mg Cooper, comprimé effervescent sécable est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

Ce médicament, indispensable, est le plus souvent bien toléré lorsque l'on suit les recommandations et notamment le régime (cf. Mises en garde et précautions d'emploi).

Il peut néanmoins entraîner, selon la dose et la durée du traitement, des effets plus ou moins gênants.

Les plus fréquemment rencontrés sont

- Modification de certains paramètres biologiques (sel, sucre, potassium) pouvant nécessiter un régime ou un traitement complémentaire.
- Apparition de bleus.
- Élévation de la tension artérielle, rétention d'eau et de sel pouvant entraîner une insuffisance cardiaque.
- Troubles de l'humeur excitation, euphorie, troubles du sommeil.
- Syndrôme de Cushing: une prise de corticoïdes peut se manifester par une prise de poids, un gonflement et une rougeur du visage, une poussée excessive des poils.
- Frailité osseuse: ostéoporose, fractures.
- Atteintes douloureuses des os au niveau de l'articulation de la hanche (ostéonécrose).
- D'autres effets beaucoup plus rares, ont été observés:
- Risque d'insuffisance de sécrétion de la glande surrénale.
- Retard de croissance chez l'enfant.
- Troubles des régles.
- Faiblesse musculaire, rupture des tendons surtout en association avec les fluoroquinolones (antibiotiques).
- Troubles digestifs: ulcère digestif, hémorragies et pectorations digestives, pancréatites surtout chez l'enfant.
- Fragilisation de la peau, retard de cicatrisation, acné.

ANTI-SPA®



Veillez lire attentivement cette notice

Si vous avez d'infections de votre système urinaire. Gardez votre médicament à l'abri de la lumière et de l'humidité.

DENOMINATION
ANTI-SPA

COMPOSITION
QUANTITATIVE

Mébévérine (chlorhydrate).....200 mg
Excipients...q.s.p. un comprimé pelliculé.

FORME PHARMACEUTIQUE ET PRESENTATION :

Comprimé pelliculé dosé à 200 mg, boîte de 30.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE :

Antispasmodique musculotrope.

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT?

Il est indiqué dans les douleurs spasmodiques du tube digestif et des voies biliaires et l'inconfort intestinal.

ATTENTION !

a) DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT?

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

- allergie à l'un des composants
- chez l'enfant de moins de 12 ans (risque d'avalage "de comprimé")

EN CAS DE DOUTES, CONSULTEZ VOTRE PHARMACIEN.

L'AVIS DE VOTRE PHARMACIEN.

b) PRECAUTIONS D'USAGE
MISES EN GARDE SPECIQUES

En raison de la présence de lactose, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas de déficit en lactase.

En cas de déficit en lactase, l'absorption du médicament peut être diminuée.

En cas de déficit en lactase, l'absorption du médicament peut être diminuée.

NE PAS PRENDRE L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

c) INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS :

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, VEUILLEZ INDIQUER A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN SI VOUS PRENEZ OU AVEZ PRIS RECEMMENT D'AUTRES MEDICAMENTS, MEME S'IL S'AGIT DE MEDICAMENTS OBTENUS SANS ORDONNANCE.

d) GROSSESSE - ALLAITEMENT :

Grossesse :

Il est préférable de ne pas utiliser ce médicament pendant la grossesse.

Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin car

lui seul peut juger de la nécessité de le poursuivre.

En cas de grossesse ou de projet de grossesse, consultez votre médecin.

En cas de grossesse ou de projet de grossesse, consultez votre médecin.

En cas de grossesse ou de projet de grossesse, consultez votre médecin.



40,00

88102
88DH00
LOT 1222-1

OED
Microgran

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, adressez-vous à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été prescrit pour un usage spécifique. Ne l'utilisez pas pour d'autres indications, même en cas de symptômes similaires.
- Si l'un des effets indésirables ou effets secondaires mentionnés dans cette notice vous concerne, consultez votre médecin.



Fabriqué par COOPER PHARMA
41, Rue Med Diouri. 20 110 Casablanca
Amina DAOUDI : Pharmacien responsable

DENOMINATION DU MEDICAMENT

OEDES® 20 mg

COMPOSITION :

Chaque gélule contient 20mg de substance active.
Excipients : qsp 1 gélule.

FORME PHARMACEUTIQUE ET

Microgranules gastro-résistants en gélule.

CLASSE PHARMACOLOGIQUE OU THERAPEUTIQUE

Oedes 20mg, microgranules gastro-résistants en gélule contient une substance appelée oméprazole. C'est un médicament de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons. Il diminue la sécrétion acide au niveau de l'estomac.

DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Indications :

Adulte :

- En association à une bithérapie antibiotique, éradication de *Helicobacter pylori* en cas de maladie ulcéreuse gastroduodénale.
- Ulcère duodénal évolutif.
- Ulcère gastrique évolutif.
- Œsophagite érosive ou ulcérateuse symptomatique par reflux gastro-œsophagien.
- Traitement symptomatique du reflux gastro-œsophagien associé ou non à une œsophagite, 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 œsophagites par reflux gastro-œsophagien.
- 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 patients à risque (notamment âge supérieur à 65 ans, antécédents d'ulcère gastroduodénal) pour lesquels un traitement anti-inflammatoire est indispensable.

Enfant à partir de 1 an :

- Œsophagite érosive ou ulcérateuse symptomatique par reflux gastro-œsophagien.

DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Contre-indications :

Ne prenez jamais Oedes 20mg, microgranules gastro-résistants en gélule :

- En cas d'allergie connue à l'un des composants 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.

LOT: 181764
PER: 08-21
PPV: 140,00DH