

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



Déclaration de Maladie M22- 0046101

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.

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1096 Société : 138665
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : ZEROU CHADIA ARDENBI
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 : CHADIA Age :
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie :
Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie
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) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
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"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>												
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>												
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">H</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">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															
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession														
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution														

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N° P 14 / 0010018		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		
Cachet MUPRAS		



P 14 / 0010018

DATE DE DEPOT
..... / / 201.....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	Signature de l'adhérent	
Nom & Prénom ZERROU CHADIA				
Fonction	Phones			
Mail				
MEDECIN	Prénom du patient			
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age		Date		
Nature de la maladie		Date 1ère visite		
Gonarthrose dx				
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
		2500H		
PHARMACIE		Date 05/10/2022		
Montant de la facture		121,50		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires			
	CACHET			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	CACHET



الدكتور الحكيم مصطفى

Docteur. LAHKIM Mostafa

طبيب إختصاصي في جراحة العظام

Specialiste en Chirurgie

Traumatologique et Orthopédique Enfants et Adultes



Chirurgie des Os et des Articulations
Chirurgie du Rachis
Chirurgie de La main

جراحة العظام و المفاصل
جراحة العمود الفقري
جراحة اليد

Dr. Mostafa LAHKIM
Specialiste en Chirurgie
Traumatologique et Orthopédique
Av des FAR 11 Rue de Doukkala
Mohammedia - TEL: 0523329046

Mohammedia, le

05/10/2022

ZERROU CHADIA

411,00

1

CARTON

100



up 2m

80,00

2

Lampoul 20

up



121,50

Dr. Mostafa LAHKIM
Specialiste en Chirurgie
Traumatologique et Orthopédique
Av des FAR 11 rue de Doukkala
Mohammedia - TEL: 0523329046



LANPROL® 30 mg

Lansoprazole

F209017/03

COMPOSITION :

Chaque gélule contient :
Lansoprazole (D.C.I.)..... 30 mg.
Excipients : Micro granules neutres, Amidon de maïs, Carbonate de magnésium léger, Saccharose, Talc, Polyvinyl Pyrrolidone, polysorbate 80, Hydroxypropylméthylcellulose, Eudragit L 100 55, Dioxyde de titane, PEG 6000, Dioxyde de silice Colloïdale, Hydroxyde de sodium, Eau purifiée. q.s.p..... 1 gélule.

FORMES ET PRESENTATIONS :

LANPROL®, Gélules dosées à 30 mg, boîte de 7,14 et 28 gélules.

PROPRIETES :

LANPROL® est un Antiulcéreux : Inhibiteur de la pompe à protons, il diminue la sécrétion acide quelle que soit la nature de la stimulation.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

LANPROL® est indiqué dans les cas suivants :

- Ulcère duodénal évolutif.
- Ulcère gastrique évolutif.
- Oesophagite érosive ou ulcéreuse symptomatique par reflux gastro-œsophagien.
- Syndrome de Zollinger-Ellison.

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :

LANPROL® est administré par voie orale.
Maladie ulcéreuse gastro-duodénale :
- Soit 1 gélule matin et soir associée à deux antibiotiques, pendant 7 jours, suivis par 1 gélule par jour pendant 3 à 5 semaines supplémentaires.
- Soit 1 gélule par jour pendant 4 à 6 semaines.
Oesophagite :
• 1 gélule par jour pendant 4 semaines.
Syndrome de Zollinger-Ellison :
• La posologie initiale recommandée est de 60mg de lansoprazole une fois par jour. La posologie doit être ajustée individuellement et le traitement poursuivi aussi longtemps que nécessaire cliniquement. Pour les posologies supérieures à 120mg par jour, la dose journalière devra être divisée et donnée en 2 prises.
DANS TOUS LES CAS SE CONFORMER A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

CONTRE INDICATIONS :

LANPROL® est contre-indiqué dans le cas d'allergie au lansoprazole.
En l'absence de données, l'usage de ce médicament n'est pas recommandé au cours de la grossesse et de l'allaitement.
EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE



VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN

MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Mises en garde :

• En raison

contre-indiqué
syndrome
de déficit e

Précaution

• Insuffisan
• Utiliser
d'insuffisan
EN CAS DE
VOTRE ME

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES :

A prendre en compte :

- Kétoconazole, Itraconazole,
- Clopidogrel : la prise concomitante de LANPROL® et d'une spécialité à base de clopidogrel doit être évitée. Les patients présentant des ulcères gastriques et des brûlures d'estomac doivent consulter leur médecin pour leur conseiller la solution thérapeutique adéquate.
AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

EFFETS INDESIRABLES :

Comme tout produit actif, LANPROL® peut, chez certaines personnes, entraîner des effets plus ou moins gênants : diarrhée, nausées, vomissements, douleurs abdominales, constipation, céphalées.
IL EST CONSEILLE DE MENTIONNER TOUT EFFET INDESIRABLE A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

SURDOSAGE :

En cas de surdosage, contacter le Centre Anti-Poison du Maroc (05 37 68 64 64).

CONSERVATION :

A conserver à une température ne dépassant pas 30°C, à l'abri de l'humidité.
Ne pas laisser à la portée des enfants.

Liste II (Tableau C)
Août 2015



LABORATOIRES PHARMACEUTICAL INSTITUTE
BP 4491 - 12100 Ain El Aouda - MAROC
PHARMACIEN RESPONSABLE : Maria SEDRATI

CARTREX 100 mg, comprimé pelliculé

Acéclofénac

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 à
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non médicé ou à votre pharmacien.

Liste complète des substances actives et des excipients

La substance active est:

Acéclofénac

Pour un comprimé pelliculé.

CARTREX® 100mg
20 comprimés pelliculés



Les autres composants sont:

Comprimé nu: Avicel pH 101 et Avicel pH 102 (cellulose microcristalline), croscarmellose sodique (Ac-Di-SOL), Polyvinyl Pyrrolidone K 30, Palmistostéarate de glycérol (Precirol AT05)

Pelliculage: Sepifilm 752 blanc (HPMC partiellement substituée, cellulose microcristalline, polyoxy-40 stéarate et dioxyde de titane)

Classe pharmacothérapeutique

Anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS).

Indications thérapeutiques

Ce médicament est un anti-inflammatoire non stéroïdien. Il est indiqué chez l'adulte et l'enfant à partir de 15 ans dans le traitement des poussées d'arthrose et le traitement de certains rhumatismes inflammatoires.

Contre-indications

Ne prenez jamais CARTREX 100 mg, comprimé pelliculé dans les cas suivants:

- au cours des trois derniers mois de la grossesse,
- antécédent d'allergie à ce médicament ou à un médicament apparenté notamment autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, aspirine,
- crises d'asthme, d'urticaire ou de congestion nasale déclenchées par la prise d'aspirine ou d'autres anti-inflammatoires non stéroïdiens,
- antécédents d'hémorragie ou de perforation digestive au cours d'un précédent traitement par AINS,
- ulcère de l'estomac ou du duodénum ancien ayant récidivé ou en évolution,
- maladie inflammatoire de l'intestin (Crohn, rectocolite hémorragique),
- saignement de l'estomac ou de toute autre nature,
- troubles du saignement, troubles de la coagulation,
- maladie grave du foie, des reins ou du cœur,
- enfant de moins de 15 ans.

Précautions d'emploi ; mises en garde spéciales

Mises en garde spéciales

CE MÉDICAMENT NE DOIT ÊTRE PRIS QUE SOUS SURVEILLANCE MÉDICALE

Les AINS tels que CARTREX pourraient augmenter le risque de crise cardiaque (« infarctus du myocarde ») ou d'accident vasculaire cérébral. Le risque est d'autant plus important que les doses utilisées sont élevées et la durée de traitement prolongée.

Ne pas dépasser les doses recommandées ni la durée de traitement.

Si vous avez des problèmes cardiaques, si vous avez eu un accident vasculaire cérébral ou si, vous pensez avoir des facteurs de risques pour ce type de pathologie (par exemple en cas de pression artérielle élevée, de diabète, de taux de cholestérol élevé) ou si vous fumez, veuillez en parler avec votre médecin ou à votre pharmacien.

Lors de la varicelle, l'utilisation de ce médicament est déconseillée en raison d'exceptionnelles infections graves de la peau.

AVANT D'UTILISER UN ANTI-INFLAMMATOIRE NON STERODIEN, PREVENIR VOTRE MEDECIN en cas:

- de troubles de la coagulation, de traitement anticoagulant concomitant. Ce médicament peut entraîner des manifestations gastro-intestinales graves,
- d'antécédents digestifs,
- de maladie du cœur, du foie ou du rein,
- de traitement par diurétique, d'intervention chirurgicale récente,
- de traitement par les corticoïdes oraux, les anticoagulants, les antidépresseurs du type inhibiteurs de la recapture de la sérotonine ou les antiagrégants plaquettaires,
- de porphyrie (maladie héréditaire),
- de lupus érythémateux disséminé.

AU COURS DU TRAITEMENT PAR UN ANTI-INFLAMMATOIRE NON STERODIEN, ARRETEZ LE TRAITEMENT ET CONTACTEZ

IMMEDIATEMENT UN MEDECIN OU UN SERVICE MEDICAL D'URGENCE en cas:

- de signes évocateurs d'allergie à ce médicament, notamment crise d'asthme, urticaire, brusque gonflement du visage, décollement de la peau et/ou des muqueuses,
- d'hémorragie gastro-intestinale (rejet de sang par la bouche, présence de sang dans les selles ou coloration des selles en noir).

Prendre des précautions particulières avec CARTREX 100 mg, comprimé pelliculé:

CE MÉDICAMENT CONTIENT UN ANTI-INFLAMMATOIRE NON STERODIEN: L'ACECLOFENAC.

Vous ne devez pas prendre en même temps que ce médicament d'autres médicaments contenant des anti-inflammatoires non stéroïdiens (y compris les inhibiteurs sélectifs de la cyclo-oxygénase 2) et/ou de l'aspirine.

Lisez attentivement les notices des autres médicaments que vous prenez afin de vous assurer de l'absence d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et/ou d'aspirine.

Interactions avec d'autres médicaments

Veillez indiquer à votre médecin ou à votre pharmacien si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, même s'il s'agit d'un médicament obtenu sans ordonnance. Certains médicaments ne peuvent pas être utilisés en même temps, alors que d'autres médicaments requièrent des changements spécifiques (de dose, par exemple).

Toujours informer votre médecin, dentiste ou pharmacien, si vous prenez des médicaments suivants en plus de CARTREX: anticoagulants, autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, corticoïdes par voie orale, inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine,