

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 Alial 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° W19-415272

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13169

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Faggane El mechdi

Date de naissance :

21/09/1991

Adresse :

Ress diar salam, Imm 501, App 7
Casablanca

Tél. : 0661 31 83 29

Total des frais engagés : 1313,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Dr. Abdellaziz ZIANE
Spécialiste des Maladies de l'Appareil
Digestif et du Foie et de l'Anus
57 Bd Okba Ibn Nafaa, H. M. Casablanca
Tél. 05 22 62 90 90*

Date de consultation :

1 JUN 2019 Age:

Nom et prénom du malade :

Faggane El mechdi

Lien de parenté :

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 17/10/2019

C. f



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature de l'Edu Médecin attestant le paiement des Actes
27/06/2015	Examen	1	30000	INP : 00000000000000000000000000000000
11/06/2015	Examen	1	30000	Dr. Abdellaziz ZIANE Spécialiste de la Santé publique Domicilié à : Oktobroun Nabeul Téléphone : 05 22 22 11 41 671
				Abdellaziz ZIANE Membre de l'Appareil administratif de l'Anas Sous la signature de M. Castello

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Gourmeseur	Date	Montant de la Facture
<p><i>Dr. Imane BABBOUH</i></p> <p><i>Myl Arbi Alagui 50 N°38 Mabrouka</i></p> <p><i>Othman - Casa. Tél.: 05 22 56 32 37.</i></p>	<i>07-06-19</i>	<i>W 13,90</i>

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

VOLET 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												
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.												
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INP : <input type="checkbox"/>							
					COEFFICIENT DES TRAVAUX							
					MONTANTS DES SOINS							
					DEBUT D'EXECUTION							
					FIN D'EXECUTION							
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000 D 00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000 B 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td> </tr> </table>			H	G	25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 B 00000000 11433553	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
H	G											
25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 B 00000000 11433553											
(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												

Cabinet d'Hépato-Gastro-Entérologie

DOCTEUR ABDELLAZIZ ZIANE



57, Bd Okba Ibnou Nafîâ,
Hay mohammadi
Casablanca
Tél : 05 22 62 90 90
Email : draziane@yahoo.fr

Fibroscopie
Diagnostique
et thérapeutique

Cathétérisme de la VBP
Sphincterotomie.
(CPRE)

Coloscopie
Polypectomie

Echographie
Abdominale

Proctologie
médicale

Casablanca le, 07/06/2019

PHARMACIE CHTAÏBA
Dr. Imane BABBOUH
Hay My Arbi Alaoui, 50 N°38 Mabrouka
Sidi Othman - Casa, Tél.: 05 22 56 32 37

Mr FAGGANE Elmehdi

DAFLON 500

2 comprimés, 3 fois par jour les 4 premiers j, puis 2 comprimés, matin et soir
pendant 8 j

BREXIN 20

1 comprimé après déjeuner

TITANORÉÏNE

1 application, matin et soir

DUPHALAC

1 à 2 cuillerée(s) à soupe

45.40

473.90

S.V

S.V

S.V

S.V

Dr. Abdellaziz ZIANE
Spécialiste des Maladies de l'Appareil
Digestif et du Foie et de l'Anus
57, Bd. Okba Ibnou Nafîâ H. M. Casablanca
Tél: 05 22 62 90 90

daflon® 500 mg

comprimé pelliculé

Fraction flavonoïque purifiée micronisée

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations pour votre traitement.

- Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Gardez cette notice, vous pourrez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez à votre pharmacien.
- Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez un médecin.
- Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un des effets mentionnés comme étant grave, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

POSOLOGIE, MODE ET/OU VOIE(S) D'ADMINISTRATION,
ADMINISTRATION ET DURÉE DU TRAITEMENT

imprimé à midi

primés par jour
3 jours suivants

rimé pelliculé
ts indésirables.
ellulé qu'il ne
cien.

imprimé pelliculé
de tout le monde

istés ci-dessous est

246400030-04

définie

- très fréquem
- fréquem
- peu fréquem
- rare
- très r
- fréquem
- timer la
- ils peu
- Fréquem
- Peu f
- Rare
- urticaire
- Fréquem
- des paup

Déclaration.

246400030-04

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. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le système national de déclaration.

En signalant les effets indésirables, vous contribuez à fournir davantage d'informations sur la sécurité du médicament.

CONDITIONS DE CONSERVATION

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

N'utilisez pas ce médicament après la date de péremption indiquée sur la boîte. La date de péremption fait référence au dernier jour de ce mois.

Pas de conditions particulières de conservation.

Les médicaments ne doivent pas être jetés au tout-à-l'égout ou avec les ordures ménagères. Demandez à votre pharmacien ce qu'il faut faire des médicaments inutilisés. Ces mesures permettront de protéger l'environnement.

CONSEILS EDUCATION SANITAIRE :

Troubles de la circulation

- Evitez de rester assis ou debout trop longtemps, surélevez légèrement les pieds de votre lit.
- Evitez l'exposition au soleil et à la chaleur.
- Veillez à avoir une alimentation saine et équilibrée et à pratiquer une activité physique régulière (marche à pied, vélo ...), évitez l'excès de poids.
- Evitez les vêtements trop serrés, le port de chaussettes ou de bas de contention ainsi que doucher ses jambes avec de l'eau froide favorisent la circulation sanguine.

Hémorroïdes

- Buvez 1,5 à 2L d'eau par jour, consommez des aliments à forte teneur en fibres afin d'éviter la constipation (fruits, légumes verts, céréales complètes), évitez les graisses, le café, l'alcool et les aliments épicés.
- Faites de l'exercice régulièrement pour stimuler le flux sanguin, évitez de porter des objets trop lourds.

La dernière date à laquelle cette notice a été approuvée est :
juillet 2016



SERVIER MAROC

Imr. ZEVACO, Lot FATH 4
Bd Abdellah BOUTALEB
20180 Casablanca

DASEN® 10.000 UI

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

DENOMINATION

DASEN®10 000 UI, comp

PPV.

EXP :

Lot N° :

COMPOSITION QUALITÉ

SERRAPEPTASE

Excipients : stéarate de

cellulose, jaune orangé S

Pour un comprimé enrobé

*1 unité correspond au nom

en 1 minute à partir de 1 mg

47,80

FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé enrobé gastro-résistant, boîte de 40 .

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ENZYMOOTHERAPIE à visée anticedémateuse et fluidifiante

(M : Système locomoteur)

(M : Système respiratoire)

Exploitant/Fabricant :

Laboratoires SYNTHEMEDIC

20-22, Rue Zoubeir Bnou Al aouam. Roches Noires - Casablanca

DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament, modificateur des sécrétions bronchiques, est indiqué en cas d'affection respiratoire récente avec difficulté d'évacuer les crachats.

Il est également utilisé pour traiter les œdèmes consécutifs à un traumatisme ou une intervention chirurgicale.

ATTENTION !

DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE en cas d'allergie connue à l'un des constituants notamment à la serrapeptase (enzyme).

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

MISES EN GARDE SPÉCIALES

En cas de réaction allergique, le traitement doit être arrêté immédiatement et définitivement.

Un avis médical est nécessaire :

- en cas de fièvre, de crachats gras ou purulents,
- si vous êtes atteint d'une maladie chronique (au long cours) des bronches et des poumons.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS,

BREXIN® comprimés effervescents

Piroxicam bêta-cyclodextrine

Composition :

Piroxicam
(sous forme de piroxicam bêta-cyclodextrine)
Excipients (dont lactose et aspartam) q.s.p.

20 mg

Propriétés :

Anti-inflammatoire non stéroïdien du groupe des o

Indications :

Elles sont limitées chez l'adulte et l'enfant à partir de

Traitements symptomatiques au long cours :

- des rhumatismes inflammatoires chroniques, notamment les syndromes apparentés, tels que syndrome de Fibromyalgie

- de certaines arthroses douloureuses et invalidantes

Traitements symptomatiques de courte durée des pathologies

- rhumatismes ab-articulaires tels que péri-arthrites traumatisques de l'appareil locomoteur,

- arthrites microcrystallines,

- arthroses,

- radiculalgies.

Contre-indications :

Antécédents d'allergie ou d'asthme déclenchés par la prise de piroxicam ou de substances d'activité proche telles que autres AINS, aspirine.

Ulcère gastroduodenal en évolution, insuffisance hépatocellulaire sévère, insuffisance rénale sévère.

Enfants (moins de 15 ans).

Phénylcétonurie du fait de la présence de l'aspartam.

Femme enceinte (à partir du 6ème mois).

En association avec les anticoagulants oraux, autres AINS.

Effets indésirables :

Les plus fréquents sont les suivants :

Effets gastro-intestinaux comme : anorexie, pesanteurs épigastriques, nausées, vomissements, constipation, douleurs abdominales, flatulences, diarrhées, ulcères.

Réactions d'hypersensibilité : dermatologiques, respiratoires et générales.

Effets sur le système nerveux central : céphalées, somnolences et vertiges.

Réactions cutanéo-muqueuses : éruption, prurit, rares cas de photosensibilisation, stomatites.

Enfant de moins de 15 ans : exceptionnelles infections graves de la peau en cas de varicelle rapportées.

Précautions d'emploi :

Les patients présentant un asthme associé à une rhinite chronique, à une sinusite chronique et / ou à une polyposie nasale, ont un risque de manifestation allergique lors de la prise d'aspirine et / ou d'AINS plus élevé que le reste de la population. L'administration de cette spécialité peut entraîner une crise d'asthme.

En cas d'hémorragie gastro-intestinale ou d'une manifestation cutanée ou muqueuse, interrompre immédiatement le traitement.

La survenue de crise d'asthme chez certains sujets peut être liée à une allergie à l'aspirine. Dans ce cas, ce médicament est contre-indiqué.

Ce médicament sera administré avec prudence et sous surveillance particulière chez les malades ayant des antécédents digestifs.

En cas de varicelle, il est prudent d'éviter l'utilisation de ce médicament.

La prescription d'AINS ne doit être envisagée que si nécessaire pendant les 5 premiers mois de la grossesse, et elle est contre-indiquée à partir du 6ème mois.

Les AINS passant dans le lait maternel, par mesure de précaution, il convient d'éviter de les administrer chez la femme qui allaita.

L'attention doit être attirée chez les conducteurs et utilisateurs de machines sur la possibilité de vertiges et de somnolence.

En cas de surdosage, procéder à un transfert immédiat en milieu hospitalier.

Enfant de moins de 15 ans : lors de la varicelle, il est prudent d'éviter l'utilisation de ce médicament.

Mode d'emploi et posologie :

Réserver à l'adulte. Se conformer à la prescription médicale.

Les comprimés effervescents doivent être dissous dans un verre d'eau.

Les comprimés doivent être pris au cours d'un des 3 repas.

Formes et autres présentations :

BREXIN® 20 mg - Boîte de 10 et 20 comprimés effervescents

BREXIN® 20 mg - Boîte de 20 comprimés sécables

BREXIN® 20 mg - Boîte de 10 suppositoires

BREXIN® 20 mg - Boîte de 10 sachets

Liste I (Tableau A)

A conserver à l'abri de la lumière et de l'humidité.



59,30

TITANOREINE®

A LA LIDOCAINE 2% , Crème en tube de 20 g
Carraghénates/ Lidocaïne/ Oxyde de zinc/Dioxyde de titane

Carraghe

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de

-Si vous avez toute autre question, si vous avez un
votre pharmacien.

-Ce médicament vous a été personnellement presc
de symptômes identiques, cela pourrait lui être noc

-Si 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.

LOT: 190010 PER: 01-22

PPV: 16, 00DH

Composition du médicament:

Principes actifs :

Carraghénates	2,50 g
Dioxyde de titane.....	2,00 g
Oxyde de zinc.....	2,00 g
Lidocaïne.....	2,00 g
Excipients.....	q.s.p 100 g

Excipients : Palmitostéarate de macrogol, glycérides polyglycolysés saturés, diméticone, cellulose microcristalline, propylène glycol, parahydroxybenzoate de méthyle (E 219), parahydroxybenzoate de propyle(E217), sorbate de potassium, eau purifiée.

Excipients à effet notoire : parahydroxybenzoate de méthyle, parahydroxybenzoate de propyle,propylène glycol.

Classe pharmaco-thérapeutique :

TOPIQUE EN PROCTOLOGIE

(C : Système cardio-vasculaire)

Indications thérapeutiques :

Traitements local des symptômes (prurit, douleurs) liés à la crise hémorroïdaire.

Posologie :

1 à plusieurs applications par jour.

Mode et/ou voie(s) d'administration

Voie rectale.

Durée du traitement

La durée du traitement ne doit pas excéder 7 jours

Contre-indications :

N'utilisez jamais TITANOREINE A LA LIDOCAINE 2 POUR CENT, crème en cas d'antécédent d'allergie à la lidocaïne ou à l'un des autres composants de ce médicament (voir composition).

Effets indésirables :

Description des effets indésirables:

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

- Les effets suivants peuvent survenir :

- Réactions au niveau du site d'application, telles que :

brûlures, rougeurs, irritations, douleurs, démangeaisons, éruptions.

- Réactions d'hypersensibilité.