

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

## **ditions 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.

## **que :**

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.

## **aire :**

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.

## **adie 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**

Réclamation : contact@mupras.com

Prise 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

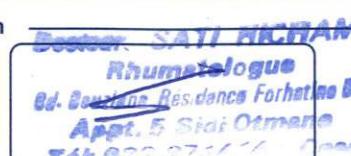
 **Maladie** **Dentaire** **Optique** **Autres**

#### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 66.02.Société : R.A.M. Actif       Pensionné(e) Autre :Nom & Prénom : SABBANE OmerDate de naissance : 22.03.1956Adresse : lot. Haj Fathia. n°.671. ap.3. Alifa. CasablancaTél. : 06.67.52.35.81Total des frais engagés : 683,90 Dhs

#### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/07/19Nom et prénom du malade : OUNODIS BONCHRA

Age :

Lien de parenté :

 Lui-même Conjoint EnfantNature de la maladie : Rhumatose articulaire

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 : CasaLe : 03.10.9.1.2019Signature de l'adhérent(e) : [Signature]S

#### **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
11.12.19	CO		250 DTT	RHABIA HICHAM Bouziane Hosptial Farhatine B Appt. 5 Sidi Othmane Tun 022-87.11.16 - 77.77.77

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fourguiseur	Date	Montant de la Facture
 Lotte Ha Casablanca	11/07/19	403,00 D

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

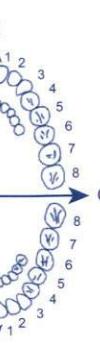
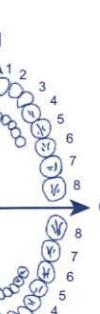
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
11/07/2019 KERMERIE AL KHODAR MA SALAH ZAHIRI 1002-5067 11/07/2019 Lissas	11/07/19			X		31M X 10 = \$310,00 \$14	

#### **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

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   21433552 00000000   00000000 D —————— 00000000   00000000 35533411   11433553 B		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'EXÉCUTION**

Dr. Hicham SATI

Spécialiste en Rhumatologie  
Maladies Rhumatismales  
Articulations - OS. et Colonne vertébrale

- Ancien Professeur Assistant des Hôpitaux de France
  - Diplôme Universitaire de la douleur
  - Membre International du Collège Americain de rhumatologie et de la Société Française de Rhumatologie
  - Diplôme en Rhumatologie Pédiatrique



الدكتور هشام ساطع

**إختصاصي أمراض المفاصل  
والروماتيزم والظامان والعمود الفقري**

- أستاذ مساعد بالمستشفيات
  - الفرنسية سابقا
  - عضو المعهد الأمريكي لأمراض
  - والجمعية الفرنسية لأمراض الـ
  - دبلوم جامعي في علاج الألم
  - شهادة الترويض الطبي
  - دبلوم في روماتيزم الأطفال

## **Sur Rendez-vous - Horaire Continue**

Casablanca, le :

٢٣٤٦٥٢٢-٣٧١٤١٤ - Cem ar  
Appt. 5 Sidi Othman  
BUREAUX D'AGENCE TUNISIENNE

بالموعد - التوقيت المستمر

37.70<sup>a3</sup>

7023  
Dipodomys deserti Baily  
Dipodomys deserti Baily  
Alyce 75 30/16 MR

54.20  
} 81.9.

160.60

Chitosan

1699<sup>th</sup>

شارع يوزيان، إقامة في حتلش 5، الشقة 5، الطابق الثاني (قرب أسيما) - الدار البيضاء: الهاتف - الفاكس : 05 22 37 14 14

Bd. Bouziane, Résidence Farhatine 5 , Appt. 5, 2ème Etage, (A côté d'Acima) - Casablanca - Tél./Fax: 05 22 37 14 14



eurs de l'enzyme de conversion de

vous prescrire ce médicament.  
Et ce médicament, car ses effets sur  
et cela même avec une seule prise.  
tant. Dans ce cas, respectez

à votre médecin ou à votre

s de la vision.

LOT : 181303  
UT AV : 10/2022  
PPV : 54,20DH

LOT N° :

PPV (DH) :

UT. AV. :

Un... mg matin et soir, soit 200 mg par jour.

Chez certains sujets, il peut être recommandé d'utiliser une dose de 100 mg par jour.

Dans tous les cas, ne jamais dépasser la dose de 200 mg par jour.

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

Mode et/ou voie d'administration

voie orale.

Les comprimés doivent être avalés tels quels avec un verre d'eau.

Fréquence d'administration

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

Durée du traitement

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

Symptômes et instructions en cas de surdosage

Si vous avez pris plus de CARTREX 100 mg, comprimé pelliculé que vous n'auriez dû: en cas de surdosage ou d'intoxication accidentelle, ARRETEZ LE TRAITEMENT ET CONSULTEZ IMMEDIATEMENT UN MEDECIN.

Instructions en cas d'omission d'une ou de plusieurs doses

Si vous oubliez de prendre CARTREX 100 mg, comprimé pelliculé: ne prenez pas de dose double pour compenser la dose simple que vous avez oublié de prendre.

Description des effets indésirables

Comme tous les médicaments, CARTREX 100 mg, comprimé pelliculé est susceptible d'entraîner des effets indésirables, bien que tout le monde n'en soit pas sujet.

- Peuvent survenir des réactions allergiques cutanées: éruption sur la peau, démangeaisons, inflammation de la peau, ou générales: œdème du visage, choc allergique.
- Exceptionnelles infections graves de la peau en cas de varicelle.
- Dans certains cas rares, il est possible que survienne une hémorragie digestive (Voir « Mises en garde spéciales »). Celle-ci est d'autant plus fréquente que la posologie utilisée est élevée.
- Les médicaments tels que CARTREX pourraient augmenter le risque de crise cardiaque (« infarctus du myocarde ») ou d'accident vasculaire cérébral.

Dans tous les cas, il faut immédiatement arrêter le traitement et avertir votre médecin.

Au cours du traitement, il est possible que surviennent également:

- des troubles digestifs: digestion difficile, douleurs abdominales, nausées, vomissements, diarrhée, constipation, ballonnements,
- vertiges, maux de tête, fatigue, tremblements, bourdonnements d'oreille,
- troubles de l'humeur, de la sensibilité, de la vision et du goût, du sommeil,
- prise de poids, œdème, hypertension,
- palpitations, crampes, accès de rougeur du visage, eczéma, gêne ou difficulté à respirer,
- inflammation de la bouche.

Dans tous les cas, il faut en avertir votre médecin.

Des cas d'inflammation de l'estomac, du pancréas, du foie ou des vaisseaux sanguins, ainsi que des ulcérations digestives, des atteintes rénales peuvent survenir.

Quelques rares cas de modifications biologiques peuvent nécessiter éventuellement un contrôle des bilans sanguin, hépatique et rénal.

Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si certains effets indésirables deviennent graves, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

Date de péremption

Ne pas utiliser après la date de péremption figurant sur la boîte.

Conditions de conservation

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

A conserver à une température ne dépassant pas 30°C.

Liste II

Forme pharmaceutique et contenu

Ce médicament se présente sous forme de boîte de 20 comprimés pelliculés.

Date d'approbation de la notice : Novembre 2015



Fabriqué par Cooper Pharma

41, Rue Mohamed Diouri 20 110 - Casablanca

Sous licence des laboratoires Almirall SA,  
Ronda General Mitre, 151. 08022-Barcelone-Espagne



g, 300 mg

effervescents

Lot n° :

A ut.av.:

0 8 8 6 1 8  
1 0 / 2 1  
7 8 . 0 0 D H

PPV:

76,00



Voie orale

20

Comprimés  
Effervescents

150 mg

Ranitidine

EFTAC®

®

150 mg

20 Comprimés  
Effervescents

Ranitidine

EFTAC®

tre ce médicament.

demander plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien. Ne donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de besoin, un effet indésirable non mentionné dans cette notice.

e)

\* 150 mg comprimés effervescents seront limitées à :

\* 300 mg comprimés effervescents seront limitées à :  
pylori en cas de maladie ulcéreuse gastroduodénale

&lt; DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

En cas d'intolérance au galactose, un déficit en lactase de l'intestin (ou maladies héréditaires rares).

ent bactérien dans l'estomac par diminution de l'acidité

ou hépatique sévère, en particulier chez le sujet âgé.  
odium,

&lt; DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Évitez de prendre les prises de 2 heures entre les deux médicaments.  
En effet, si vous prenez un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à

votre pharmacien.

Demandez à votre pharmacien de vous donner des informations sur la sécurité et l'efficacité de ce médicament.

Ne prenez pas de médicament.

Ne prenez pas de médicament.

Prenez 300 mg matin et soir associé à deux antibiotiques, pendant 14 jours.  
2 à 4 semaines supplémentaires ;  
enfin 14 semaines.