

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

Actions 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.

Education :

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

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

Nº P19- 0038502

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5104

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Rachid johamed

Date de naissance : 1954

Adresse : 55 Rue Goufadi zekariaz Al bakkum kathli Berrechid

Tél. : 0654587602

Total des frais engagés : 1500 Dhs + 650,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur ARAI HOUSSAINI Najib
Médecine Générale
16, Rue Okba Benou Nafie
BERRECHID - Tel: 33.73.21

Date de consultation : 11 SEP 2019

Nom et prénom du malade : RACHID Kewloushia

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Copjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Diabète + gout + art. râges

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL / /

11 SEP 2019

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 SEP 2019	C	1	170 DA	<p style="text-align: center;">  Dr. ABDOL HOUSSEYN NAFIE Médecin en Radiologie 16, Rue de la Nafie BERRECHID - Tél.: 33.73.21 </p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Gachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>LE GACHET DU PHARMACIEN DU FOURNISSEUR</i>	11-9-19	650,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES			
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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	—
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Araqi Houssaini Najib

MEDECINE GENERALE

Echographie Générale

Ex. Médecin Chef des Forces
Royales Airs de Casablanca
Expert Assermenté auprès des Tribunaux

16, Rue Okba Bnou Nafie - Berrechid
Tél. : 05 22 33 73 21
GSM : 06 62 07 65 56

الدكتور عراقي حسيني نجيب

الطب العام

الفحص بالصدى

طبيب رئيسي سابق بالقوات

الحكومة الملكية بالمملكة المغربية

المسندة

رقم ٥٤١٤١

٦ ١١٨٠٠١ ١٦٠٤٩٥

JANUMET® 50/1000 mg

AMM 590MP/21/NCI

Boîte de 56 comprimés pelliculés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V: 437,00 DH

002234/01/0414-1

6 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

1 118000 060017

002234/01/0414-1

<

OEDES® 20 mg

Microgranules gastro-résistants en gélules

- 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 toute autre question, si vous avez un doute, demandez à votre médecin ou à votre pharmacien.
 - Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à une autre personne, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait être dangereux.
 - Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous ne trouvez pas la réponse à vos questions, n'hésitez pas à contacter votre pharmacien ou votre médecin.

LOT 181032
EXP 02/2021
PPV 99.00DH

DENOMINATION DU MEDICAMENT :

OEDES® 20 mg

COMPOSITION :

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

FORME PHARMACEUTIQUE ET PRÉSENTATION :

Microgranules gastro-résistants

CLASSE THÉRAPEUTIQUE :

Oedes 2

oméprazole

diminué la

DANS QUELLES INDICATIONS :

Indication

Adulte :

• En association avec une maladie ulcérante

• Ulcère duodénal

• Ulcère gastrique

• Oesophagite

• Traitement de l'ulcère gastrique

en cas de reflux

• Traitement de l'ulcère pylorique ou cholelithiasique

• Traitement de l'ulcère de l'estomac

• Syndrome de Zollinger-Ellison

• Traitement lorsque la peau est sensible

• Traitement stéroïdiens de l'ulcère gastrique

Enfant à partir de 6 mois

• Oesophagite

DANS QUELLES CONTRAINDICTIONS :

Contre-indication

Ne prenez jamais

• En cas d'allergie

• En association avec

EN CAS DE DÉPENDANCE

MEDECIN OU

Codoliprane

PARACÉTAMOL ET CODEINE

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

COMPOSITION

Paracétamol

Phosphate de codeine hémihydraté

(Quantité correspondant à codeine base)

Excipients : gélatine, acide stéarique, amidon de maïs

FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé sécable - boîte de 16

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE CENTRAL ET PERIPHERIQUE

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Traitement chez l'adulte des douleurs d'intensité modérée à intense, qui ne sont pas soulagées par l'aspirine ou le paracétamol utilisé seul.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants :

- allergie connue au paracétamol ou à la codeine

- maladie grave du foie,

- chez l'asthmatique,

- en cas d'insuffisance respiratoire,

- allaitement.

Ce médicament NE DOIT GÉNÉRALEMENT PAS ÊTRE UTILISÉ, sauf avis contraire de votre médecin avec des médicaments contenant de la buprénorphine, de la nalbuphine ou de la pentazocine. EN CAS DE DOUCEUR, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPÉCIALES

En cas de maladie chronique (au long cours) des bronches ou des poumons s'accompagnant d'expectoration, en cas de maladie du foie ou d'insuffisance rénale ainsi que chez les sujets âgés, un avis médical est indispensable. Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée en raison du risque de dépendance.

PRÉCAUTION D'EMPLOI

La prise de boissons alcoolisées durant le traitement est déconseillée.
EN CAS DE DOUCEUR, NE PAS HESITER À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'ÉVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEUX MÉDICAMENTS, Notamment avec la buprénorphine, la nalbuphine ou la pentazocine. IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MÉDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

Ce médicament contient du paracétamol et de la codeine. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas afin de ne pas dépasser les doses maximales conseillées (cf. posologie).

OEDES 20mg
28 gélules



6 118001 100088

Paracétamol 400 mg
Phosphate de codeine 20 mg
16 COMPRIMÉS SECABLES

6 118000 040217

PPV: 22D420
PER: 04/21
LOT: II 082