

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.

phacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ducation :

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.

taire :

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.

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



Déclaration de Maladie

Nº P19-0030443

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6513 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Abdenrahmane Hajjouani

Date de naissance : 1936

Adresse : Hay ESSAFA Rue 29 N 10 El Anfa CASA

Tél. : Total des frais engagés : 108.60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/09/2019

Nom et prénom du malade : ABOZIANI Abdenrahmane

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Maladie de l'oeil

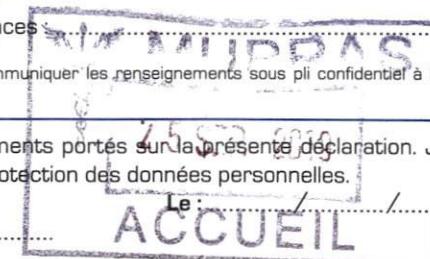
En cas d'accident préciser les causes et circonstances

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) :



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 13/09/19 | 9 | | 150.00 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| | 13/09/19 | 548,60 |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | 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 canalaire, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | CCEFFICIENT DES TRAVAUX |
|--|--|---------------------------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
| | H 25533412 00000000 35533411 | G 21433552 00000000 11433553 | B | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| DATE DU DEVIS | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| DATE DE L'EXECUTION | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXPERT ASSERMENTE PRES LES TRIBUNAUX
 Diplômé de l'Université de Montpellier 1
 PREVENTION ET DEPISTAGE EN GYNECOLOGIE
ECHOGRAPHIE

خبير محلل لدى المحاكم
 خريج جامعة مونبليي 1
الفحص بالصدى

Casablanca, le :

18/09/19

AZZAKONI Alessandrucco

275,00

- Nuptiale 300

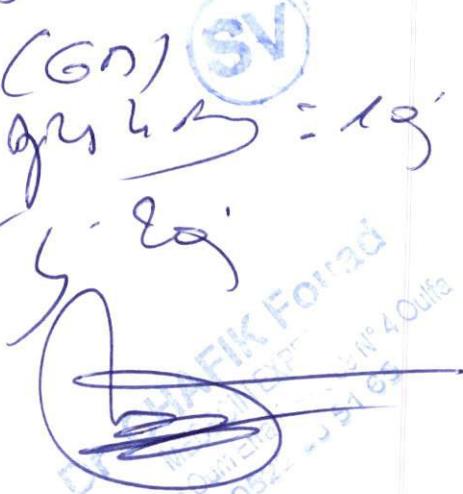
99,00 افر ٣٠ نسخة

ض ١٧٢٩٤٦

174,45 Demande 30 (G) ٣٠ جمادى الأولى = ١٩

٢٠١٩

54865



NUPENTIN® 300mg et 400mg
Gélules en boîtes de 30, 60 et 90
Gabapentine

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

Gardez cette notice, vous pourrez avoir besoin de la relire.

Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

Si l'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.

1. COMPOSITION DU MEDICAMENT

Chaque gélule contient 300mg ou 400mg de substance active : Gabapentine. Les autres composants sont : mannitol, amidon de maïs, talc, stéarate de magnésium.

Composants de l'enveloppe de la gélule : oxyde de fer jaune, sodium sulfate, dioxyde de titane, gélatine, eau.

2. CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre pharmacien.

- problèmes de mouvements anormaux tels que torsions convulsives, mouvements saccadiques et raideur,
- bourdonnements dans les oreilles,
- une association d'effets indésirables qui apparaissent simultanément qui peut inclure: augmentation de la taille des ganglions (petites masses isolées sous la peau), fièvre, éruption cutanée et inflammation du foie,
- jaunissement de la peau et des yeux (ictère), inflammation du foie,
- insuffisance rénale aiguë, incontinence urinaire,
- augmentation du volume des seins, augmentation de la taille des seins chez l'homme,
- effets indésirables suivant un arrêt brutal du traitement (anxiété, difficulté à dormir, mal au cœur, douleur, sueurs), douleurs à la poitrine,
- fluctuations de la glycémie chez les patients diabétiques,
- dégradation des fibres musculaires (rhabdomyolyse),
- changement des résultats des tests de la phosphokinase dans le sang).

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi

PPV: 99DH20

NUPENTIN® 300 mg
Boite de 30 gélules
Voie orale



GTIN : 16118001300027

Lot No : 2899675

EXP . : 07/2020

S.N . : AA222108743385

6 118001 300020

PPV: 275DH00

NUPENTIN® 300 mg
Boite de 90 gélules
Voie orale



GTIN : 16118001300041

Lot No: 2899673

EXP .: 07/2020

S.N .: AA169738349329

6 118001 300044

1. COMPOSITION DU MEDICAMENT

Chaque gélule contient 300mg ou 400mg de substance active : Gabapentine. Les autres composants sont : mannitol, amidon de maïs, magnésium.

Composants de l'enveloppe de la gélule : oxyde de fer jaune, sodium sulfate, dioxyde de titane, gélatine, eau.

2. CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

**DEFLAZACORTE GT®
DEFLAZACORTE GT® 3**

Veuillez 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 votre pharmacien.
 - Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à une autre personne.
 - Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet secondaire, contactez immédiatement votre pharmacien.

Dans cette notice:

1. Qu'est-ce que DEFLAZACORTE GT®, comprimé sécable et dans quel cas est-il utilisé?
 2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre DEFLAZACORTE GT®, comprimé sécable?
 3. Comment prendre DEFLAZACORTE GT®, comprimé sécable?
 4. Quels sont les effets indésirables éventuels?
 5. Comment conserver DEFLAZACORTE GT®, comprimé sécable?
 6. Informations supplémentaires

1. QU'EST-CE QUE DEFLAZACC QUELS CAS EST-IL UTILISE?

Classe pharmacothérapeutique

Classe pharmacothérapeutique
DEFLAZACORTE GT® est un cortico-
prednisolone par un nouveau cravacoline et

Indications thérapeutiques:

Indications thérapeutiques:

Troubles endo-ovariens

Troubles endocriniens:
Insuffisance corticosurrénale primaire ou cortisone sont les médicaments de premier choix. Le déflazacort devrait être utilisé minéralocorticoïde, particulièrement lors du corticosurrénale congénitale.

Affections rhumatismales et collagénoses

Traitement des poussées aiguës et/ou rhumatoïde et de l'arthrite psoriasique lors avérés inefficaces; polymyalgie rhumatismalement disséminé; dermatomyosite.

REF ID: A693E
952025
174.DH440

174,40



6118001 380282

polyvinyloxybenzene