

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

## **Informations 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.

## **Dentaire :**

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.

## **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



## **Déclaration de Maladie**

N° P19-0026593

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 971 Société :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

MOUMSI ABDALLAH

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0671 83 78 74

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-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 : ESSA

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : JY

# 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	<b>Coefficient des</b>  <b>Montant des soins</b> <b>Début d'exécution</b> <b>Fin d'exécution</b> <b>Coefficient des travaux</b> <b>Montant des soins</b> <b>Date du devis</b> <b>Fin de</b>
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			
		H			
		25533412	21433552		
		00000000	00000000		
		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			
X					
VOLET ADHERENT	NOM : .....			Mme	
DECLARATION N°	W18-363986				
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes			
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle					

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mme 0971

Nom & Prénom HOLLIMSI ABDALLAH

Fonction : X X Phone : 0571837874

Mail : X X X X X

**MEDECIN** Prénom du patient ECHATIBI ZAKIA

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age : 1957 Date : 27/09/11

Nature de la maladie

Affection : Zygome.

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires

G 1 - G 100

**PHARMACIE** Date : 27/09/11

Montant de la facture

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES** Date : .....

Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires

**AUXILIAIRES MEDICAUX** Date : .....

Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

Signature de l'adherent  
Signature de l'adherent

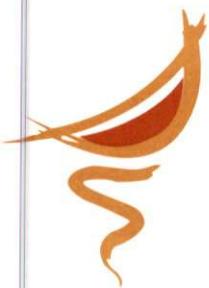
Signature de l'adherent  
Dr. Abdellaziz ZIANE  
Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif et du Foie et de l'Abus d'alcool  
Bou Nada H. M. Cadi Driss  
Tél: 0522 62 90 99

Signature de Zahia  
cachet du pharmacien  
Dr. BOUAFI N. Bouafai  
Bloc 2 N° 800  
Hay Morocino  
Tél: 0522 60 80 71  
**CACHET**

**CACHET**

# Cabinet d'Hépato-Gastro-Entérologie

## DOCTEUR ABDELLAZIZ ZIANE



Casablanca le, 27/09/2019

Mme ECHATIBI Mbarka

57, Bd Okba Ibnou Nafiâ,  
Hilal mohammadi  
Casablanca  
Tel : 05 22 62 90 90  
Email : draziane@yahoo.fr

Fibroscopie  
Diagnostique  
et thérapeutique

Cathétérisme de la VBP  
Sphinctérotomie.  
(CPRE)

Coloscopie  
Polypectomie

Echographie  
Abdominale

Proctologie  
médicale

216,00  
EUZOL 40MG (Gm)  
1 gélule le matin avant repas

8000 XL  
MYCOFLU 50  
1 gélule à midi 14 jours

376,00

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

PHARMACIE DU PARADIS  
Pr. BOUJTANE Zakia  
BLOC L - 1<sup>er</sup> étage Dar Lamane  
Hilal mohammadi CASA  
Tél: 0522.60.20.71

# Euzol®

Esoméprazole

problèmes hépatiques sévères.

problèmes rénaux sévères.

à eu une réaction cutanée après un traitement par un médicament réduisant l'acidité gastrique.

un examen sanguin spécifique (Chromogranine A).

squer des symptômes d'autres maladie

z informer immédiat

oids sans raiso

leurs

l

el

tion

tre

siteu

jeure

net

si vous

z une éru

otre méde

UZOL®. N'ou

e une doule

ents et EUZ

UZOL®

si vous prenez,

avez récemment pris ou pourriez

medicament y compris les medicaments obtenus sans ordonnance.

gir sur le fonctionnement d'autres medicaments et reciproquement.

prendre EUZOL® si vous prenez le medicament suivant :

dans le traitement de l'infection par le VIH).

er votre medecin ou pharmacien si vous prenez l'un des medicaments

é dans le traitement de l'infection par le VIH);

é pour preventer la formation de caillots dans le sang);

aconazole ou voriconazole (utilises dans le traitement des infections

dans le traitement du cancer);

aminé ou clomipramine (utilises dans le traitement de la depression);

é dans le traitement de l'anxiété, de l'épilepsie ou comme relaxant

dans l'épilepsie); si vous prenez de la phénytoïne, une surveillance par

re nécessaire au début et à l'arrêt de l'administration d'EUZOL®

récem

la warfarine; une

ministration

licencié

50 &amp; 150mg

conazole

LOT : 012  
PER : JAN 2022  
PPV : 80 DH 00

**COMPOSITION**

Chaque gélule contient :

MYCOFLU 50 mg : ..... 50 mg

MYCOFLU 150 mg : Fluconazole ..... 150 mg

Excipients : Lactose ; Amidon de maïs ; Silice colloïdale ; Talc ; Laurylsulfate de sodium.

Excipient à effet notoire : Lactose

**FORMES ET PRESENTATIONS**

Gélules dosées à 50 mg : boîte de 3 gélules et boîte de 7 gélules.

Gélules dosées à 150 mg : boîte de 1 gélule, boîte de 4 gélules et boîte de 7 gélules.

**PROPRIETES**

MYCOFLU est un antifongique, il s'oppose à la prolifération des champignons microscopiques.

**INDICATIONS THERAPEUTIQUES****MYCOFLU 150mg est indiqué dans le traitement :**

- des candidoses vaginales et péri néales aiguës et récidivantes

**MYCOFLU 50mg est indiqué dans le traitement :****Chez l'adulte :**

- des candidoses oropharyngées chez les patients immunodéprimés, soit en raison d'une affection maligne, soit d'un syndrome de déficience immunitaire acquise (SIDA),
- des candidoses buccales atrophiques.

**Chez l'enfant :**

· Traitement des candidoses oropharyngées chez l'enfant immunodéprimé.

· Traitement des candidoses systémiques, incluant les candidoses disséminées et profondes (candidémies, péritonites), candidoses œsophagiennes et candidoses urinaires.

· Traitement des cryptococcoses neuro-méningées; le traitement d'entretien au cours du SIDA doit être poursuivi indéfiniment

**CONTRE-INDICATIONS**

Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :

en cas d'allergie connue au fluconazole et aux substances apparentées (azolés)

- chez l'enfant de moins de 6 ans, en raison de la forme pharmaceutique

- pendant la grossesse et l'allaitement, sauf avis médical

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

**MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI**

Ce médicament doit être pris avec précaution dans les cas suivants :

Chez la femme en période d'activité génitale, une contraception est indispensable.

**Mises en garde spéciales**

En cas de survenue de symptômes évocateurs d'atteinte hépatique grave (fatigue importante, anorexie, nausées persistantes, vomissements, jaunisse), vous devez consulter un médecin.

Si vous avez précédemment présenté une réaction cutanée associée à la prise de fluconazole ou un autre dérivé azolé, en cas de survenue de lésions bulleuses, vous devez consulter un médecin le plus rapidement possible.

50 &amp; 150mg

conazole

LOT : 012  
PER : JAN 2022  
PPV : 80 DH 00

**COMPOSITION**

Chaque gélule contient :

MYCOFLU 50 mg : ..... 50 mg

MYCOFLU 150 mg : Fluconazole ..... 150 mg

Excipients : Lactose ; Amidon de maïs ; Silice colloïdale ; Talc ; Laurylsulfate de sodium.

Excipient à effet notoire : Lactose

**FORMES ET PRESENTATIONS**

Gélules dosées à 50 mg : boîte de 3 gélules et boîte de 7 gélules.

Gélules dosées à 150 mg : boîte de 1 gélule, boîte de 4 gélules et boîte de 7 gélules.

**PROPRIETES**

MYCOFLU est un antifongique, il s'oppose à la prolifération des champignons microscopiques.

**INDICATIONS THERAPEUTIQUES****MYCOFLU 150mg est indiqué dans le traitement :**

- des candidoses vaginales et péri néales aiguës et récidivantes

**MYCOFLU 50mg est indiqué dans le traitement :****Chez l'adulte :**

- des candidoses oropharyngées chez les patients immunodéprimés, soit en raison d'une affection maligne, soit d'un syndrome de déficience immunitaire acquise (SIDA),
- des candidoses buccales atrophiques.

**Chez l'enfant :**

· Traitement des candidoses oropharyngées chez l'enfant immunodéprimé.

· Traitement des candidoses systémiques, incluant les candidoses disséminées et profondes (candidémies, péritonites), candidoses œsophagiennes et candidoses urinaires.

· Traitement des cryptococcoses neuro-méningées; le traitement d'entretien au cours du SIDA doit être poursuivi indéfiniment

**CONTRE-INDICATIONS**

Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :

en cas d'allergie connue au fluconazole et aux substances apparentées (azolés)

- chez l'enfant de moins de 6 ans, en raison de la forme pharmaceutique

- pendant la grossesse et l'allaitement, sauf avis médical

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

**MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI**

Ce médicament doit être pris avec précaution dans les cas suivants :

Chez la femme en période d'activité génitale, une contraception est indispensable.

**Mises en garde spéciales**

En cas de survenue de symptômes évocateurs d'atteinte hépatique grave (fatigue importante, anorexie, nausées persistantes, vomissements, jaunisse), vous devez consulter un médecin.

Si vous avez précédemment présenté une réaction cutanée associée à la prise de fluconazole ou un autre dérivé azolé, en cas de survenue de lésions bulleuses, vous devez consulter un médecin le plus rapidement possible.