

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

itions 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.

macie :
Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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 caractères 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
N° P19-0031654

CRRA

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2994 Société : MUPRAS RECEPTION
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : CHAHYD Aicha
Date de naissance : 01/01/1947
Adresse : Hayat mosjid me oued Tansipt n°74 Nouvelles
Tél. : 068503700 Total des frais engagés : 131 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation :
Nom et prénom du malade : Mme Chahyad Aicha Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Hernie sus omphalique
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) : Le : Polyclinique Atlas ACCUEIL

RELEVÉ 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
30/09/2019		12 g.m.		Dr. ATT BAHOU K... Anesthésiste

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

30-09-19

131,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

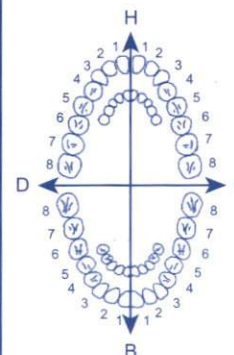
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

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 G

35533411 11433553

B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

Date : 30-09-19

Nom/prénom : M^{me} CHAHY D Aiche

14,00

➤ **Doliprane 1 g cp.**

01 cp x 03/ jours.

➤ **Oedes 20 mg.**

30,00

01 gel le matin avant repas pdt 07j

➤ **MAXICLAV 1 G.**

87,00

01 sachet x 02/j pdt 06 j

131,00

Polyclinique Atlas
ACCUEIL
27, Rue Jean Jaurès - Casablanca
Tél : 0522 27 94 94 - Fax : 0522 27 90 00

الدكتورة أيت باحو خديجة
Dr. AIT BAHOU Khadija
Anesthésiste - Réanimateur

HARMACIE DEROUA
EL HAÏK FOUAD
PHARMACIEN
Centre Commercial Deroua
Tél : 0522 53 21 77 / Fax : 0522 53 25 19

OEDES® 20 mg

Veuillez lire attentivement

- Gardez cette notice, vous en aurez besoin.
- Si vous avez toute autre question, consultez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été prescrit pour un usage spécifique. Ne l'utilisez pas d'autre, même en cas de symptômes similaires.
- Si l'un des effets indésirables mentionnés ci-dessous apparaît, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

LCT 181761

EXP 08/2021

PPV 30.00DH

DENOMINATION DU MEDICAMENT :

OEDES® 20 mg

COMPOSITION :

Chaque gélule contient 20mg de substance active : oméprazole.

Excipients : qsp 1 gélule.

FORME PHARMACEUTIQUE ET PRESENTATIONS :

Microgranules gastro-résistants en gélules. Disponibles en boîtes de 7, 14, 28 et 56

CLASSE PHARMACOLOGIQUE OU THERAPEUTIQUE :

Oedes 20mg, microgranules gastro-résistants en gélule contient une substance appelée oméprazole. C'est un médicament de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons. Il diminue la sécrétion acide au niveau de l'estomac.

DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Indications :

Adulte :

• En association à une bithérapie antibiotique, éradication de *Helicobacter pylori* en cas de maladie ulcéreuse gastroduodénale.

• Ulcère duodénal évolutif.

• Ulcère gastrique évolutif.

• Œsophagite érosive ou ulcéreuse symptomatique par reflux gastro-œsophagien.

• Traitement symptomatique du reflux gastro-œsophagien associé ou non à une œsophagite, en cas de résistance à la posologie de 10 mg d'oméprazole par jour.

• Traitement d'entretien des ulcères duodénaux chez les patients non infectés par *Helicobacter pylori* ou chez qui l'éradication n'a pas été possible.

• Traitement d'entretien des œsophagites par reflux gastro-œsophagien.

• Syndrome de Zollinger-Ellison.

• Traitement des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens lorsque la poursuite des anti-inflammatoires est indispensable.

• Traitement préventif des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires stéroïdiens chez les patients à risque (notamment âge supérieur à 65 ans, antécédents d'ulcère gastroduodénal) pour lesquels un traitement anti-inflammatoire est indispensable.

Enfant à partir de 1 an :

• Œsophagite érosive ou ulcéreuse symptomatique par reflux gastro-œsophagien.

DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Contre-indications :

Ne prenez jamais Oedes 20mg, microgranules gastro-résistants en gélule :

• En cas d'allergie connue à l'un des composants de ce médicament.

• En association avec l'atazanavir associé au ritonavir (médicament anti-infectieux).

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

Maxiclav®

amoxicilline + acide clavulanique

1g/125mg Adulte
500 mg / 625 mg

POSOLOGIE

SE CONFORMER

COMPOSITION

MAXICLAV Adultes

Amoxicilline (sous forme trihydratée).....

Acide clavulanique (sous forme de Clavulanate de potassium).....

Excipients.....

Rapport Amoxicilline/Acide clavulanique : 8/1.

Teneur en Aspartam 30 mg/sachet, Teneur en Potassium 24 mg/sachet.

MAXICLAV Enfants

Amoxicilline (sous forme trihydratée).....

Acide clavulanique (sous forme de Clavulanate de potassium).....

Excipients.....

Rapport Amoxicilline/Acide clavulanique : 8/1.

Teneur en Aspartam 15 mg/sachet, Teneur en Potassium 12,2 mg/sachet.

FORMES ET PRESENTATIONS PHARMACEUTIQUES

MAXICLAV Adultes

Poudre pour suspension buvable : Boite de 12, 16 et 24 sachets.

MAXICLAV Enfants

Poudre pour suspension buvable : Boite de 12, 16 et 24 sachets.

INDICATIONS

Antibiotique de la famille des bêta-lactamines, pénicillines du groupe A et d'un inhibiteur puissant et irréversible de bêta-lactamases.

MAXICLAV Adulte présente un intérêt tout particulier, pour l'adulte, dans les infections suivantes :

- otites moyennes aiguës,
- sinusites maxillaires aiguës et autres formes de sinusites,
- surinfections de bronchites aiguës du patient à risque, notamment éthylique chronique, tabagique, âgé de plus de 65 ans, en cas de risque évolutif ou en seconde intention,
- exacerbations de broncho-pneumopathies chroniques,
- pneumopathies aiguës du patient à risque, notamment éthylique chronique, tabagique, âgé de plus de 65 ans ou présentant des troubles de déglutition,
- cystites aiguës récidivantes, cystites non compliquées de la femme et pyélonéphrites aiguës non compliquées dues à des germes sensibles,
- infections gynécologiques hautes en association à un autre antibiotique actif sur les chlamydiae,
- parodontites,
- infections stomatologiques sévères : abcès, phlegmons, cellulites,
- traitement de relais de la voie injectable.

MAXICLAV Enfants présente un intérêt, tout particulier, pour l'enfant de plus de 30 mois, dans les infections suivantes :

- otites moyennes aiguës de l'enfant, otites récidivantes,
- surinfections de bronchopneumopathies chroniques,
- infections urinaires récidivantes ou compliquées à l'exclusion des prostatites,
- infections stomatologiques sévères : abcès, phlegmons, cellulites, parodontites,
- infections respiratoires basses de l'enfant de 30 mois à 5 ans,
- sinusites.

PPV: 87DH00
PER: 10-20
LOT: B1830

amoxicilline.

de plus de 30 m

nce en début de

à l'adulte : 1 g 2

férence en début

TRATION

er

et-dose

re dans

t.

TRAITEMENT

... sure efficace, cet antibiotique doit être et aussi longtemps que votre médecin vous La disparition de la fièvre, ou de tout autre complètement guéri. L'éventuelle impression antibiotique mais à l'infection elle-même, traitement serait sans effet sur cette impression.

CONTRE - INDICATIONS

Allergie aux antibiotiques de la famille des céphalosporines).

Allergie à l'un des constituants de MAXICLAV. Antécédent d'atteinte hépatique liée à l'association Phénylcétonurie en raison de la présence d'acide clavulanique. MAXICLAV® ne doit généralement pas être

MISES EN GARDE

La survenue de toute manifestation allergique place d'un traitement adapté.

Des réactions immuno-allergiques dont des réactions sévères et parfois fatales ont été exceptionnelles traitées par les bêta-lactamines. Leur apparition doit être prise en compte avant le début du traitement. Devant des antécédents d'allergie, le traitement doit être formelle.

PRECAUTIONS D'EMPLOI

Utiliser ce médicament avec précaution en cas de maladie hépatique. Il est recommandé de surveiller l'état du patient pendant le traitement prolongé. Le risque de survenue d'allergie est majoré en cas de traitement supérieur à 15 jours.

Doliprane

PARACÉTAMOL

PPV: 14DH00

PER: 02/22

LOT: I418



DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé

La substance active est : paracétamol (1111,11 mg), pour un comprimé.

Les autres composants sont : croscarmellose, amidon de maïs pré-gélatinisé, acide stéarique (origine végétale).

QU'EST-CE QUE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament contient du paracétamol. Il est indiqué en cas de douleur et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Il peut également être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose.

Cette présentation est réservée à l'adulte (à partir de 15 ans) :

Lire attentivement la rubrique "Posologie".

Pour les enfants de moins de 15 ans, il existe d'autres présentations de paracétamol. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

QUELLES SONT LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE PRENDRE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ?

Contre-indications :

Ne pas prendre DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé dans les cas suivants :

allergie connue au paracétamol, maladie grave du foie, enfant de moins de 15 ans.

PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ :

Précautions Particulières :

Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou en cas d'efficacité insuffisante ou de survenue de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin.

En cas de maladie grave du foie ou des reins, il est nécessaire de consulter votre médecin avant de prendre du paracétamol.

Mises en garde :

En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une dose trop élevée, consultez immédiatement votre médecin.

Ce médicament contient du paracétamol. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée (cf. chapitre "Posologie").

Grossesse et allaitement :

Le Paracétamol, dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant la grossesse ainsi qu'en cas d'allaitement.

