

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

Conditions 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.

Pathologie 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.

Educations :

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.

Prothésaire :

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



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19-0029632

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 883 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BEL GUANA Fatma

Date de naissance : 1940

Adresse : cite d'emma Bloc 38 N°5 Casa

Tél. 06 41 42 27 00 Total des frais engagés : 547,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Belguana Fatma Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : RR, convulsions, HANIT

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) :



Dr. AMOULBUN MOSTAFA
Spécialiste en Néphrologie
Maladies Rénales - Hémodialyse
Transplantation Rénale - Dialyse péritonéale
15 rue de la Liberté - Casablanca
Tél : 05 22 32 15 15 Fax : 05 22 37 09 09

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
15/10/19		2		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

547,00 15/10/19 547,00

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 des Honoraires Montant détaillé des Honoraires

A M P C I M I V

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

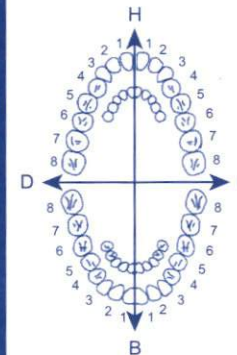
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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)

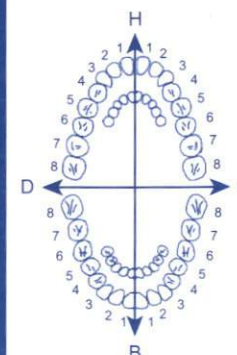
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

CLINIQUE DU BELVEDERE

150, Boulevard BAHMAD - CASABLANCA

Tél. : 0522 40.40.40 (3 lignes groupées)

Fax : 0522 40.40.10

Email : massahat.belvedere150@gmail.com



مصحة بلقدير

150, شارع باحماد - الدار البيضاء

الهاتف : 0522 40.40.40 (3 خطوط مشتركة)

الفاكس : 0522 40.40.10

البريد الالكتروني : massahat.belvedere150@gmail.com

Casablanca, le 17/10/19

Mr. BELGUANA Fato

① Inset 8mg injectable n°03
ou bien Chekaset 8mg
à en prendre 2x par jour

Dr. AMOUZOUN



PHARMACIE VIO
150, Boulevard Bahmad - Casablanca
Tél : 0522 40.40.40 - Fax : 0522 40.40.10



مصحة بلقدير
CLINIQUE DU BELVEDERE
150, Boulevard Bahmad
Tél : 0522 40.40.40 - Fax : 0522 40.40.10

Dr. AMOUZOUN MOSTAFA

Spécialiste en Néphrologie

Maladies Rénales - Hémodialyse

Transplantation Rénale - Dialyse péritoneale

Centre de Dialyse IDAA, Ain Chock - Casablanca

Tel: 00212 5 22 52 15 15 - Fax: 00212 5 22 87 09 09

PPV 547BH00

EXP 02/21

LOT 1801311

CHEMOSET®

lisez cette notice avant de prendre ce médicament.

Les informations les plus importantes sur votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, 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, car cela pourrait lui être nocif.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la lire à nouveau.

1. IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT

a) DÉNOMINATION

CHEMOSET®

b) COMPOSITIONS QUALITATIVES ET QUANTITATIVES

Chemaset 2 mg/ml Par ampoule de 4 ml

Ondansétron (DCI) 8 mg

Excipients : Acide citrique monohydraté, citrate de sodium, chlorure de sodium, eau pour préparation injectable.

Chemaset 8 mg Par comprimé

Ondansétron (DCI) 8 mg

Excipients : Noyau : Lactose monohydraté, cellulose microcristalline, amidon prégélatinisé, stéarate de magnésium.

Pelliculage : Opadray jaune.

c) FORMES PHARMACEUTIQUES

- Solution injectable dosée à 8 mg/4 ml.

- Comprimés pelliculés dosés à 8 mg.

d) PRÉSENTATIONS

- Boîte de 5 ampoules injectables.

- Boîte de 10 comprimés pelliculés.

e) CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTAGONISTE DES RECEPTEURS 5-HT3 A LA SEROTONINE.

2. DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

Chemaset 8 mg/4 ml :

- Prévention et traitement des nausées et vomissements aigus induits par la chimiothérapie cytotoxique moyennement à hautement émettante et la radiothérapie émettante chez l'adulte.

- Prévention des nausées et vomissements aigus induits par la chimiothérapie cytotoxique moyennement à hautement émettante chez l'enfant.

- Traitement des nausées et vomissements postopératoires chez l'adulte et chez l'enfant.

Chemaset 2 mg :

- Prévention et traitement des nausées et vomissements aigus induits par la chimiothérapie cytotoxique moyennement émettante chez l'adulte.

- Prévention et traitement des nausées et vomissements retardés induits par la chimiothérapie cytotoxique moyennement à hautement émettante chez l'adulte et l'enfant.

- Prévention et traitement des nausées et vomissements aigus et retardés induits par la radiothérapie hautement émettante chez l'adulte.

3. ATTENTION !

a) DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

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

- Allergie à l'un des composants.

b) MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

Mises en garde :

- Un bilan cardiovasculaire doit être effectué en cas de survenue

de douleurs thoraciques et de syncope, ou de troubles du rythme cardiaque.

- Prendre en compte le risque éventuel d'hypersensibilité croisée avec les autres antagonistes des récepteurs 5-HT3.

- Comprimé :

- En raison de la présence de lactose, ce médicament est contre-indiqué en cas de galactosémie congénitale, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose, ou de déficit en lactase.

- La prise de comprimé est contre indiquée chez l'enfant avant 6 ans, car elle peut entraîner une fausse route.

Précautions d'emploi :

UTILISER CE MÉDICAMENT AVEC PRÉCAUTION :

- En cas d'insuffisance hépatique sévère.

- L'ondansétron pouvant favoriser un syndrome occlusif, il convient de surveiller attentivement le transit des patients en cours de traitement.

- En cas de régime désodé ou hyposodé, tenir compte de la teneur en sodium.

c) INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES

AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTÉMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS À VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN.

d) GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Grossesse : Par mesure de précaution, il est préférable de ne pas utiliser l'ondansétron pendant la grossesse.

Allaitement : En cas d'allaitement ou de désir d'allaitement et compte tenu du passage de l'ondansétron dans le lait maternel, l'utilisation de ce produit est déconseillée.

DEMANDER CONSEIL À VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN AVANT DE PRENDRE TOUT MÉDICAMENT.

e) LISTE DES EXCIPIENTS DONT LA CONNAISSANCE EST NECESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS

Lactose.

4. COMMENT UTILISER CE MÉDICAMENT ?

a) POSOLOGIE USUELLE

Adulte à partir de 15 ans :

Nausées et vomissements induits par les traitements cytotoxiques : La dose habituelle est de 8 mg administrée en IV lente 30 minutes avant la chimiothérapie ou la radiothérapie, soit en comprimé 2 heures avant la chimiothérapie moyennement émettante ou la radiothérapie.

Dans certaines circonstances, une dose plus élevée (32 mg en IV lente sur plus de 15 minutes avant le début du traitement cytotoxique, ou 8 mg en IV lente suivis d'une perfusion de 1 mg/heure sur 24 heures, ou 8 mg en IV lente suivis de 2 injections de 8 mg en IV lente à 4 heures d'intervalle) et/ou une association à une corticothérapie pourront être utilisée d'emblée.