

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

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.

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.

Maladie chronique :

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

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

N° P19- 0038003

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3188 Société : Retraite

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite

Nom & Prénom : AZENMOUD MOHAMED

Date de naissance : 01/01/1951

Adresse : SALMIA - AV. EL TOULANE n° 2007

Tél. : 06 69 33 2736 CAS

Total des mois de soins : Dr. Fadil MILOUDI Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12 NOV 2019

Nom et prénom du malade : Azemoud Moh

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Maladie chronique

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 : Le : 12 NOV 2019

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]



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
12 NOV 2019				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/11/2019	281,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

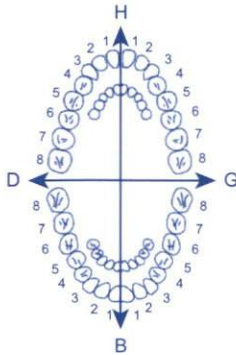
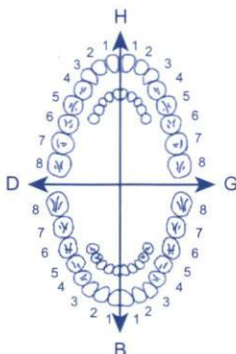
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 de

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>			Coefficient DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Dr. Fadil MILOUDI

Spécialiste en chirurgie orthopédique
et Traumatologique (Adultes et enfants)
Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse (France)

- * Chirurgie de La Main (Montpellier) et micro-chirurgie
- * Chirurgie des Rhumatismes
- * Chirurgie de la colonne vertébrale
- * Podologie
- * Traumatologie du sports
- * Chirurgie Arthroscopique

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



الدكتور فاضل ميلودي

اختصاصي في جراحة العظام
والمفاصل (كبار وصغار)
خريج كلية الطب بتولوز (فرنسا)
* جراحة اليد (مونبولي) + جراحة بالمجهر
* جراحة أمراض الروماتيزم
* جراحة العمود الفقري
* تقويم أمراض الرجلين
* الطب الرياضي
* الكشف بالكاميرا للمفاصل

Fès, Le 1.2 NOV 2019 في فاس

Alexander

84,80

21 Alex 20



13,20 21 Alex 20

21 Alex 20



116,00 21 Alex 20



67,20 21 Alex 20

281,80 41 Alex 20



06.61.10.11.81 مستعجلات

05.35.65.07.97 هاتف وفاكس العيادة

إقامة العنناسي أ - 10 زنقة رحال المسكين شقة 3، شارع الجيش الملكي (وراء محطة ستيام سابقا) فاس
Résidence AlHannasi A 10 Rue Rahal ElMaskini Appt3 Av. Des F.A.R. - Fès (derrière Ancien CTM)
ICE : 001649658000082 - INP : 141113175 - E-mail : drfadil@hotmail.fr

ALGIK®

Paracétamol + C
Comprimé

13,20

COMPOSITION

- Paracétamol (DCI)
- Caféine

par comprimé
500 mg
50 mg

par étui
8,0 g
0,8 g

Excipients : q.s.

FORME ET PRESENTATION

Comprimés : Etui de 16 comprimés

CLASSE PHARMACO - THERAPEUTIQUE

- Paracétamol : antalgique et antipyrétique.
- Caféine : stimulant du système central.

NOM ET ADRESSE DE L'EXPLOITANT

Laboratoires AFRIC - PHAR

Route régionale Casablanca / Mohammedia n° 322
Km 12.400 - Ain Harrouda 28630 Casablanca - Maroc

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Traitement symptomatique des :

- affections douloureuses : céphalées, migraines, douleurs dentaires, névralgies, douleurs musculaires, douleurs postopératoires et traumatiques, dysménorrhée.
- états fébriles (en cas de grippe).

CONTRE - INDICATIONS

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

- Hypersensibilité au paracétamol.
- Insuffisance hépatocellulaire grave.

En cas de doute, il est indispensable de demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

MISES EN GARDE

L'attention des sportifs est attirée sur le fait que cette spécialité contient un principe actif (Caféine) pouvant induire une réaction positive lors des contrôles antidopage.

Cependant, la dose de caféine reconnue comme dopante de 12 µg/ml d'urine, ne peut être atteinte par la prise d'ALGIK 500 mg aux posologies recommandées.

Seule, l'absorption simultanée de médicaments ou de boissons (café, thé, en quantités relativement importantes) contenant également de la caféine, pourrait induire un test positif.

PRECAUTIONS D'EMPLOI

Utiliser ce médicament avec précaution en cas de :

- Insuffisance hépatique légère, d'alcoolisme chronique.
- Administration concomitante de médicaments hépatotoxiques.
- Atteinte rénale sévère (risques d'effets secondaires rénaux lors de l'usage chronique de doses élevées).

En cas de doute, ne pas hésiter à demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

Lié au paracétamol

La prise de paracétamol peut fausser le dosage de l'acide urique sanguin par la méthode de l'acide phosphotungstique et le dosage de la glycémie par la méthode à la glucose-oxydase-peroxydase.

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.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Grossesse :

Chez l'animal : Il n'existe pas d'étude de tératogénèse.

Chez la femme :

- premier trimestre : une étude épidémiologique prospective, portant sur quelques centaines de femmes n'a pas mis en évidence d'effet tératogène.

Omisz®

Oméprazole

Microgranules gastro-résistants en gélule

8/140

PRESENTATIONS :

- OMIZ® 20 mg** : Boîte de 7 gélules
Boîte de 14 gélules
Boîte de 28 gélules
OMIZ® 10 mg : Boîte de 7 gélules
Boîte de 14 gélules
Boîte de 28 gélules

COMPOSITION :

- OMIZ® 20mg**
Oméprazole.....20 mg
Excipients q.s.p.....1 gélule
Excipient à effet notoire : saccharose

COMPOSITION :

- OMIZ® 10mg**
Oméprazole.....10 mg
Excipients q.s.p.....1 gélule
Excipient à effet notoire : saccharose

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE :

Inhibiteur de la pompe à protons (appareil digestif et métabolisme). Il diminue la sécrétion acide au niveau de l'estomac.

INDICATIONS :

- Chez l'adulte :
 - En association à une bithérapie antibiotique, éradication de *Helicobacter pylori* en cas de maladie ulcéreuse gastro-duodénale,
 - 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 gastro-duodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens lorsque la poursuite des anti-inflammatoires est indispensable,
 - Traitement préventif des lésions gastro-duodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens chez les patients à risques (notamment âge supérieur à 65 ans, antécédents d'ulcère gastro-duodénal) pour lesquels un traitement anti-inflammatoire est indispensable.
- Chez l'enfant à partir d'un an : Œsophagite érosive ou ulcéreuse symptomatique par reflux gastro-œsophagien.

CONTRE-INDICATIONS :

- Hypersensibilité à l'un des constituants 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.

MISES EN GARDE / PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Mises en garde :

En raison de la présence de saccharose, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas d'intolérance au fructose, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en sucrase-isomaltase (maladies métaboliques rares).

Précautions d'emploi :

Utiliser ce médicament avec précaution en cas d'affections chroniques du foie.
EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS :

Avec l'atazanavir associé au ritonavir (médicament anti-infectieux). Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

BREXIN®

Piroxicam R[®]

Composition :

Piroxicam
(équivalent à 191,20 mg de piroxicam
β-cyclodextrine)
Excipients q.s.p.
Excipients à effet notoire

Contenimés :
20 m

1 comprimé
Lactose

1 suppositoire

Aspartam, Saccharine, Sorbitol

84/80

Propriétés :

Anti-inflammatoire non stéroïdien du groupe des oxicams.

Indications :

- Traitement des états douloureux aigus.
- Traitement des rhumatismes inflammatoires aigus et chroniques.

Contre-indications :

- Antécédents d'allergie ou d'asthme déclenchés par la prise de piroxicam, de substances d'activité proche telles que autres AINS ou l'Aspirine.
- Hypersensibilité à l'un des constituants.
- Ulcère gastroduodénal en évolution, insuffisance hépatocellulaire sévère ou insuffisance rénale sévère.
- Enfants de moins de 15 ans.
- Phénylcétonurie du fait de la présence de l'Aspartam dans les sachets.
- Association avec les anticoagulants oraux, autres AINS, héparine, lithium, méthotrexate et ticlopidine.
- En cas de grossesse et d'allaitement.

Effets indésirables :

Effets gastro-intestinaux : anorexie, pesanteurs épigastriques, nausées, vomissements, constipation, douleurs abdominales, flatulences, diarrhées, ulcères.

Réactions d'hypersensibilité : dermatologiques, respiratoires et générales.

Effets sur le système nerveux central : céphalées, somnolences et vertiges.

Précautions d'emploi :

En cas d'hémorragie gastro-intestinale ou d'une manifestation cutanée ou muqueuse, interrompre immédiatement le traitement et consulter votre médecin.

Ce médicament sera administré avec prudence et sous surveillance particulière chez les malades ayant des antécédents digestifs.

L'attention doit être attirée chez les conducteurs et utilisateurs de machines sur la possibilité de vertiges et de somnolence.

Mode d'emploi et posologie :

Se conformer à la prescription médicale.

La posologie usuelle est de 20 mg par jour en une seule prise jusqu'à disparition des symptômes.

Formes et autres présentations :

- BREXIN® 20 mg - Boîte de 10 et 20 comprimés effervescents
- BREXIN® 20 mg - Boîte de 20 comprimés sécables
- BREXIN® 20 mg - Boîte de 10 suppositoires
- BREXIN® 20 mg - Boîte de 10 sachets

Liste I (Tableau A)

PROMOPHARM S.A.

Z.I. du Sahel, Had Soualem - Maroc
S/L CHIESI FARMACEUTICI S.p.A.

