

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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 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

La 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](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

**MUPRAS**  Autres  
RECEPTIONS

22721

4586

Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : RAHMOUNI HASSAN

Date de naissance : 01.07.1960

Adresse : BLOC G N° 12 DEROURA

Tél. : 0664249673

Total des frais engagés : 73,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

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

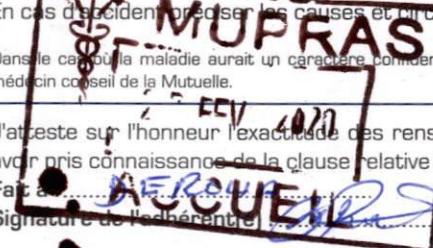
Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

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 : MERCURE  
Signature de l'adhérent : 

Le : 25.10.2020

## 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie PRINCIPALE DEROUA sarl au		
Bloc U N°1 Deroua	05/02/20	73,80
Tél:05 22 53 20 83		
IM: 062009170		

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## 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 canalaires, ainsi que le bilan

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

### **(Création, remont, adjonction)**

The diagram shows a 10x10 grid of numbered circles. The numbers range from 1 to 8, with some values appearing multiple times. The grid is bounded by arrows at the top, bottom, left, and right edges, indicating movement paths. The top arrow points up, the bottom arrow points down, the left arrow points left, and the right arrow points right. The grid is as follows:


The grid contains the following values:

- Row 1: 1, 1, 2, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
- Row 2: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 8, 7
- Row 3: 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 8, 7, 6
- Row 4: 3, 4, 5, 6, 7, 8, 8, 7, 6, 5
- Row 5: 4, 5, 6, 7, 8, 8, 7, 6, 5, 4
- Row 6: 5, 6, 7, 8, 8, 7, 6, 5, 4, 3
- Row 7: 6, 7, 8, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2
- Row 8: 7, 8, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1
- Row 9: 8, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 1
- Row 10: 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 1, 2

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## Pharmacie Principale



## الميدالية الرئسمية

البُورى لِيلى

(صيدلي خريجة كلية الصيدلة بدمشق)

## الرقم 1 بلوك (اي)

الدروة

الباحثون

**Bloc (U) N° 1**

## DAKAR

## DAKAR

OC (U) N° 1

## DEROUA

Tél : .....

Facture N° 000589

Deraula, le 24/02/20

**m** RAHMOUNI - HASSAN

Quantité	DESIGNATION	P.U.	TOTAL
01	Taxon long ep		73,80
	<p>Pharmacie PRINCIPALE DEROUA  sari au  Bloc UN<sup>o</sup> 1 Deroua  Tél: 05 22 53 20 83</p>		

**IXOR® 20 mg** 14 comprimés effervescents

# IXOR® (Oméprazole)

PPU 73DH80  
EXP 04/2020  
LOT 85018 1

## RESENTATIONS

mg en boîte de 7, 14 et 28  
mg en boîte de 7, 14 et 28

20 mg ..... 1 comprimé effervescents

Oméprazole ..... 10 mg  
Excipient : qsp ..... 1 comprimé effervescents

## CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Inhibiteur de la pompe à protons

## DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

### Adultes :

- Ulcère duodénal évolutif
- Ulcère gastrique évolutif
- Eradication de l'Hélicobacter pylori en association à une bithérapie antibiotique dans la maladie ulcéruseuse gastro-duodénale
- Traitement d'entretien des ulcères duodénaux Hélicobacter pylori négatifs ou si l'éradication n'a pas été possible
- Traitement symptomatique du reflux gastro-œsophagien
- Oesophagite érosive par reflux gastro-œsophagien
- Traitement d'entretien des œsophagites par reflux gastro-œsophagien
- Syndrome de Zollinger-Ellison
- Traitement des lésions gastroduodénales induites par les AINS
- Prévention des lésions gastroduodénales lors des traitements par AINS chez les patients à risque pour lesquels le traitement anti-inflammatoire est indispensable.

### Enfant à partir de 1 an :

Oesophagite érosive ou ulcération symptomatique par reflux gastro-œsophagien

## PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

En cas d'ulcère gastrique, il est recommandé de vérifier la bénignité de la lésion avant traitement.

## INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

Kétoconazole, Itraconazole : diminution de l'absorption de l'azolé antifongique par augmentation du pH intragastrique par l'Oméprazole.

AFIN D'EVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, SIGNALEZ SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

## GROSSESSE ET ALLAITEMENT

- Grossesse : l'utilisation de l'oméprazole ne doit être envisagée au cours de la grossesse que si nécessaire.
  - Allaitement : en raison du passage de l'oméprazole dans le lait maternel, l'allaitement est à éviter.
- D'UNE FAÇON GÉNÉRALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT DE TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MEDICAMENT

## LISTE DES EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

- Aspartam
- Sodium : en cas de régime désodé ou hyposodé, tenir compte de la teneur en sodium :
  - IXOR® 20 mg : environ 765,73 mg de sodium par comprimé effervescents
  - IXOR® 10 mg : environ 768,61 mg de sodium par comprimé effervescents

## POSOLOGIE USUELLE, VOIE ET MODE D'ADMINISTRATION

### Adulte :

#### 1 - Posologie :

- Eradication de l'Hélicobacter pylori : 1 comprimé effervescents à 20 mg matin et soir associé à une bithérapie antibiotique pendant 7 jours. Cette trithérapie sera suivie par 1 comprimé effervescents à 20 mg/j pendant 3 semaines supplémentaires en cas d'ulcère duodénal évolutif ou 3 à 5 semaines supplémentaires en cas d'ulcère gastrique évolutif.
- Ulcère duodénal évolutif : 1 comprimé effervescents à 20 mg/jour pendant 4 semaines.
- Ulcère gastrique évolutif : 1 comprimé effervescents à 20 mg/jour pendant 4 à 6 semaines.