

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.

Diagnostique 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.

Rééducation :

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

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- 0042130

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **219411**

Matricule : **8499** Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **BOUMHAMDI DRISS**

Date de naissance : **03/12/1963**

Adresse : **RUE EL BASTANE 2 IMMEUBLE d'habitat BEAUCOURT**
CASA

Tél. : 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 : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ACTUELLE Dr. MOUNA LOUAFI Docteur en Pharmacie Al Boustane II Im 13 Mag 5 et 6 Sidi Bernoussi CASA Tel : 0522.73.15 36	25/02/2020	152,20

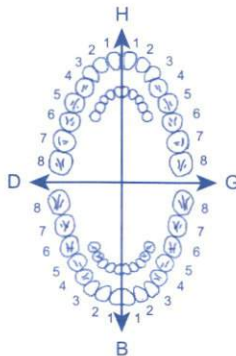
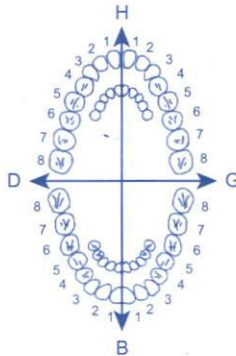
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

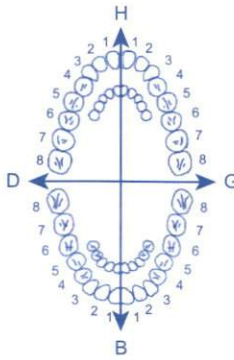
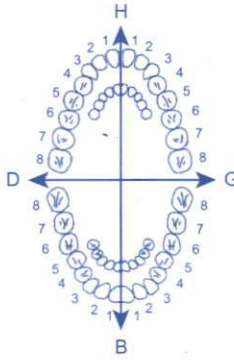
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>	
					MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>
				DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>	
				FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>	
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>		
				DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>	
				DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 CÖEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table><tr><th colspan="2">H</th></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><th>D</th><th>G</th></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><th colspan="2">B</th></tr></table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	[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 L'EXEC

Centre de dialyse AL MAJD

DR ELKHOULI . W

Spécialiste en néphrologie
maladie des reins et hémodialyse

Ex-médecin chef du service de dialyse
à l'hôpital Med V Hay Mohammadi, Casa



مركز تصفية الدم المجد

الدكتورة و . الخولي

اختصاصية في امراض الكلى و تصفية الدم

طبيبة ورئيسة سابقة لمصلحة أمراض الكلى وتصفية الدم
بمستشفى محمد الخامس، الحي المحمدي، الدار البيضاء

Casablanca le : 27/2/2022 : الدار البيضاء في :

CENTRE DE MALADIES RENALES
ET D'HEMODIALYSE AL MAJD
INPE : 090 062 548
Angle Bd Ibn Tachfine Et Route
Ouled Ziane Rés. Al Majd N: 5 Casa
Tél: 05 22 60 81 81 - Fax: 05 22 60 22 00

34/50 x 2

hormon

2f

S.L.

mechin

04/00

Ferjua F

S.L.

1 F x 2; event

le repas

Pharmacie ACTUELLE
Dr. MOUNA LOUAFI
Docteur en Pharmacie
Al Boustane II Im 13 Mag 5 et 6
Sidi Bernoussi CASA
Tél : 05 22 73 15 36

Vogoleu

2011

163,20

7 h 11 x

2/1

CENTRE DE MALADIES RENALES
ET D'HEMODIALYSE AL MAJD
INPE : 090 062 548
Angle Bd Ibn Tachfine Et Route
Ouled Ziane Rés. Al Majd N: 5 Casa
Tél: 05 22 60 81 81 - Fax: 05 22 60 22 00

Pharmacie ACTUELLE
Dr. MOUNA LOUAFI
Docteur en Pharmacie
Al Boustane II Im 13 Mag 5 et 6
Sidi Bernoussi CASA
Tél : 05 22 73 15 36

Lasilix[®] 40 mg

Lasilix[®] 20 mg/2 ml

Furosémide

SANOFI 

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

Elle contient des informations importantes sur votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou 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 relire à nouveau.

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

Composition

LASILIX 40 mg comprimés :

Furosémide 40 mg/comprimé.

Excipients : amidon de maïs, lactose, silice colloïdale, talc, stéarate de magnésium.

LASILIX 20 mg/2 ml :

Furosémide 20 mg/2 ml.

Excipients : chlorure de sodium, hydroxyde de sodium, eau pour préparations injectables.

Formes pharmaceutiques et présentations

LASILIX 40 mg : comprimés sécables dosés à 40 mg ; boîte de 20.

LASILIX 20 mg/2 ml : solution injectable,
ampoule de 2 ml ; boîte de 1.

DANS QUEL CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Voie orale :

Ce médicament
- des œdèmes
- des œdèmes
potassium,
- de l'hyperte

Voie injectable

Cette forme est indiquée dans les cas suivants :

- urgences cardiologiques : œdème aigu du poumon, arrêt cardiaque,
- poussées hypertensives sévères (*élévation importante de la tension artérielle*),
- rétentions sodées sévères d'origine cardiaque, rénale, cirrhotique (*rétention de sel*),
- radiologie du bas appareil urinaire et test de lavage « wash out » au LASILIX,
- peut être utilisé en réanimation pédiatrique.

PER : 04 2023

LOT : 9MA083

Lasilix 40mg

20 Cp séc

P.P.V. : 34DH60



6 118000 060468

en association avec un diurétique épargneur de

ATTENTION !

Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

Lasilix[®] 40 mg **Lasilix[®] 20 mg/2 ml**

Furoséide

SANOFI 

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

Elle contient des informations importantes sur votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou 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 relire à nouveau.

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

Composition

LASILIX 40 mg comprimés :

Furoséide 40 mg/comprimé.

Excipients : amidon de maïs, lactose, silice colloïdale, talc, stéarate de magnésium.

LASILIX 20 mg/2ml :

Furoséide 20 mg/2 ml.

Excipients : chlorure de sodium, hydroxyde de sodium, eau pour préparations injectables.

Formes pharmaceutiques et présentations

LASILIX 40 mg : comprimés sécables dosés à 40 mg ; boîte de 20.

LASILIX 20 mg/2 ml : solution injectable,
ampoule de 2 ml ; boîte de 1.

DANS QUEL CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Voie orale :

Ce médicament est indiqué dans le traitement :

- des œdèmes d'origine cardiaque ou rénale,
- des œdèmes d'origine hépatique, le plus souvent en association avec un diurétique épargneur de potassium,
- de l'hypertension.

Voie inj

Cette for

- urgenc

- poussé

- rétenti

- radiolo

- peut êt

L01-19E04
PER:07 2023

LASILIX 40MG
20CP SEC



P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

umon, arrêt cardiaque,
importante de la tension artérielle),
rénale, cirrhotique (rétention de sel),
lavage « wash out » au LASILIX,

ATTENTION !

Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

1. Dénomination du médicament :

FERPLEX® FOL

40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable.

Fer protéine succinylate + Calcium folinate.

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, 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, cela pourrait lui être nocif.

2. Composition du médicament :

Chaque flacon uni-dose contient :

Principe actif (solution)

Fer protéine succinylate 800 mg (équivalent à 40 mg de Fe³⁺)

Excipient

Sorbitol E420, propylène glycol, parahydroxybenzoate de méthyle sel de sodium, parahydroxybenzoate de propyle sel de sodium, arôme morelle, saccharine de sodium, eau purifiée.

Excipients à effet notoire : parahydroxybenzoate de méthyle sel de sodium, parahydroxybenzoate de propyle sel de sodium.

Principe actif (bouchon réservoir)

Calcium folinate pentahydrate 0,235 mg (équivalent à 0,185 mg de l'acide folinique).

Excip

Mann

3. Cl

Class

cont

Code

FERPLEX® FOL

40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable

Fer protéine succinylate + Calcium Folinate

À vite de 10 flacons uni-doses
avec bouchon réservoir de poudre
pour solution extemporanée.

PPV : 94,00 Dhs



6 118001 440047

Lot N°:

19034-1

EXP :

11-2021

Enlever la bague de sécurité
fermement le bouchon réservoir jusqu'à ce que la poudre
dans la solution. Bien agiter, retirer le bouchon réservoir et boire la

solution directement du flacon ou diluer avec de l'eau.



Durée du traitement : la durée du traitement avec FERPLEX FOL, il doit être maintenu jusqu'à restaurer les réserves normales du corps en fer, ce qui généralement prend deux à trois mois.

6. Contre-indications :

- Hypersensibilité connue aux principes actifs ou à l'un des excipients.
- Hémochromatose, hémochromatose, anémie aplasique, hémolytique ou anémies sidéro-achrestiques (sidérolastiques) (anémies dues à l'utilisation du fer altérée).
- Anémies mégalo-blastiques secondaires à une carence en Vitamine B12 (à moins que FERPLEX FOL ne soit administré en association avec la vitamine B12).
- Pancréatite chronique. Cirrhose de foie secondaire à l'hémochromatose.

7. Effets indésirables :

Troubles gastro-intestinaux tels que diarrhée, constipation, nausée et douleurs épigastriques peuvent très rarement se produire, particulièrement à très fortes doses; ces effets indésirables sont réduits par la diminution de la dose ou l'arrêt du traitement. Les produits à base de fer peuvent colorer les selles en noir ou gris noir.

Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si certains effets indésirables deviennent graves, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

8. Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi :

PRECAUTION D'EMPLOI :

Pas d'avertissements particuliers sont nécessaires sur les risques de tolérance ou de dépendance. Le traitement ne doit pas dépasser 6 mois, sauf en cas de saignement persistant, ménorragie ou grossesse.

AVERTISSEMENT SPECIAL :

La cause de la carence en fer ou anémie par carence en fer doit être vérifiée et correctement traitée, à côté de la thérapie en fer. Toute maladie sous-jacente à une carence en fer ou anémie par carence en fer doit être vérifiée et correctement traitée.

Comme le produit contient des protéines de lait, il doit être utilisé avec prudence chez les patients souffrant d'intolérance aux protéines de lait qui peuvent présenter des réactions allergiques.

FERPLEX FOL flacon uni-dose contient du sorbitol, les patients ayant une intolérance héréditaire rare au fructose ne doivent pas prendre ce médicament.

FERPLEX FOL flacon uni-dose contient des parabènes (méthyl-parahydroxybenzoate sel de sodium, propyl-parahydroxybenzoate sel de sodium) peut provoquer habituellement des réactions allergiques de type retardée.