

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'accord préalable est exigé 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 vignette une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes au dossier médical pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel est nécessaire à l'envoi d'un dossier de demande de remboursement par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- La facture du opticien prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- La facture jointe au dossier de demande de remboursement doit être jointe à la feuille de soins.
- Pour le remboursement, la facture et la déclaration des soins effectués sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- 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

<input type="checkbox"/> Réclamation	: contact@mupras.com
<input type="checkbox"/> Prise en charge	: pec@mupras.com
<input type="checkbox"/> 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

7389

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RADI HAMID

Date de naissance :

01/01/1953

Adresse :

TIN :

0661381200

Total des frais engagés



Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Date de consultation :

Nom et prénom du malade

Genre du malade

Nature de la maladie

En cas d'accident préciser la cause

Dans le cas où le malade aurait été victime d'un accident, indiquer les renseignements sous confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

Jonah. Fakir. Latifa

Myose vulvaire + Ménagre - folge prole



Je déclare 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)



ACCUEIL SIEGE RAM

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
7/11/2010	Ca	180.00	180.00	INP

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	7.02.2006	255,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

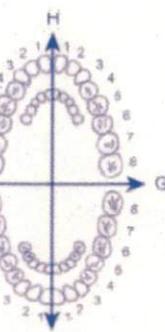
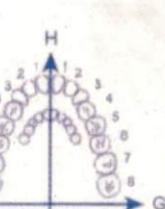
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODI.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	00000000		00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552																
D	00000000	00000000																
00000000		00000000																
B	35533411	11433553																
G																		
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Rachida DEQUIUEC CHOUART

Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat

Diplôme universitaire de :

- Dépistage et Prévention en Gynécologie

- Sénologie

- Echographie de la Faculté de Médecine
de Montpellier

الدكتورة رشيدة الدقيوق شودار

خريجة كلية الطب بالرباط

مجازة في :

- التشخيص والوقاية في أمراض النساء

- أمراض الثدي

- الفحص بالصدى الصوتي من كلية

مونبولي



091044677

ORDONNANCE

Casablanca, Le : ٢١/٢/٢٠٢٠ الدار البيضاء في :

Mar ٣٠٦٣١٢٠٢٠

٩٩,٨

- Duphaston

٢٩,٦٣١٢٠٢٠

- Relaxol

٢٩,٦٣١٢٠٢٠

- condidex

٣١,٦٣١٢٠٢٠

- Penogynie

٣١,٦٣١٢٠٢٠

٢٦٦,٣



R. DEQUIUEC CHOUART
Bd. Abi Raqrq - Oulfa - Casablanca
Tél: 022.90.70.27 / GSM: 011.12.62.12

شارع أبي رقراق - قرب مرجان (فوق صيدلية أبي رقراق، الأنفحة - البيضاء)

Bd. Abi Raqrq- près de Marjane- (au-dessus de la pharmacie Abi Raqrq) EL OULFA - Casablanca

Gsm : 05.22.90.70.27 / Tél : 06.11.12.62.12

Pevagine®

Nitrate d'Econazole

Co



Lot: 9170

À utiliser de
préférence avant le: 07/2022

PPC: 79,50 DH

Propriétés:

Nitrate d'Econazole est un médicament possédant un spectre d'action étendu sur pratiquement tous les champignons et sur pratiquement tous les champignons bactéries gram positif.

Indications :

Pevagine est indiqué dans le pityriasis,

dermatophytoses de la peau glabre et des poils.

Pevagine ovules est indiqué dans le traitement des mycoses vaginales, surinfectées ou non par des bactéries.



Relaxol® 500mg /2mg

Paracétamol/ thiocolchicoside

PER.:06 2022
LOT:19E001

RELAXOL 500MG/2MG

CP 820



P.P.V:53DH10



6 118000 060833

Votre médecin ou pharmacien a prescrit ce médicament personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre; même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif. • Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

SANOFI

re qui permettra la sécurité. Vous nous observez. Voir 5.

avant de prendre

elire. • Si vous avez des informations à alement vous a été

8 comprimés de Relaxol) ou pour une durée dépassant 7 jours. Ceci est dû au fait que les produits formés dans votre organisme lorsque vous prenez du thiocolchicoside à des doses élevées peuvent provoquer des lésions sur certaines cellules (nombre anormal de chromosomes). Cela a été mis en évidence lors d'études chez l'animal et d'études en laboratoire. Chez l'homme, ce type de lésions cellulaires est un facteur de risque de cancer, d'altération de la fertilité masculine et peut-être dangereux pour un enfant à naître. Parlez-en avec votre médecin si vous avez plus de questions.

Votre médecin vous renseignera sur toutes les mesures relatives à une contraception efficace et sur les risques potentiels d'une grossesse.

La durée du traitement est limitée à 7 jours consécutifs.

Avant de débuter un traitement par ce médicament, vérifier que vous ne prenez pas d'autres médicaments contenant du paracétamol.

La prise de paracétamol peut entraîner des troubles du fonctionnement du foie. Prévenez votre médecin : • Si vous pesez moins de 50 kg. • Si vous avez une maladie du foie ou maladie grave des reins, • Si vous buvez fréquemment de l'alcool ou que vous avez arrêté de boire de l'alcool récemment, • Si vous souffrez de déshydratation, • Si vous souffrez par exemple de malnutrition chronique, si vous êtes en période de jeûne, si vous avez perdu beaucoup de poids récemment, si vous avez plus de 75 ans ou si vous avez plus de 65 ans et que vous présentez des maladies de longue durée, si vous êtes atteints du virus du SIDA ou d'une hépatite virale chronique, si vous souffrez de mucoviscidose (maladie génétique et héréditaire caractérisée notamment par des infections respiratoires graves), ou encore si vous êtes atteints de la maladie de Gilbert (maladie héréditaire associée à une augmentation du taux de bilirubine dans le sang).

La consommation de boissons alcoolisées pendant le traitement est déconseillé. En cas de sevrage récent d'un alcoolisme chronique, le risque d'atteinte hépatique est majoré.

1. QU'EST-CE QUE Relaxol ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament est indiqué dans le traitement d'appoint des contractures musculaires douloureuses en rhumatologie chez les adultes et les adolescents à

Duphaston 10 mg comprimé pelliculé et Traitement Hormonal Substitutif (THS)

En plus des avantages, le THS comporte certains risques dont vous et votre médecin devez tenir compte lorsque vous décidez de prendre ces médicaments. Si vous prenez Diphaston, 10 mg comprimé pelliculé

Duphaston®

10 mg, comprimé pelliculé



6 1118000 "010517
mapaar Km 10, route côtière 111, Quartier industriel
Zenata, Ain Sabaa Casablanca - Maroc
DUPHASTON 10MG CP.PEL B20 P.P.V. : 90DH80
Rachid Lamrini: Pharmacien Responsable

édicament

ou votre

nez pas à
s de leur

route mondiale.

Effets indésirables rapportés avec Duphaston 10 mg seul :

Arrêtez de prendre Duphaston 10 mg comprimé pelliculé et consultez un médecin immédiatement si vous notez un des effets indésirables suivants:

Fertilité, grossesse et allaitements

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous pensez être enceinte ou planifiez une grossesse, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre ce médicament. Grossesse : Il peut y avoir un risque accru d'une anomalie congénitale du pénis impliquant l'ouverture urinaire (hypospadias) chez les enfants dont les mères ont pris certaines progestatifs. Cependant, ce risque accru n'a pas été clairement confirmé. Plus de 9 millions de femmes enceintes ont pris Duphaston 10 mg comprimé pelliculé. À ce jour, il n'y avait aucune indication que l'utilisation de Duphaston 10 mg comprimé pelliculé pendant la grossesse a un effet nocif. Allaitement : Ne ne prenez pas Duphaston 10 mg comprimé pelliculé si vous allaitez. On ne sait pas si Duphaston passe dans le lait maternel et affecte l'enfant. Les études d'autres progestatifs montrent que de petites quantités passent dans le lait maternel.

Fertilité Il n'y a aucune indication que Duphaston 10 mg comprimé pelliculé diminue votre fertilité, si elle est prise comme recommandé par votre médecin.

Conduite de véhicules et utilisation de machines

Vous pouvez vous sentir un peu somnolente ou avoir des sensations vertigineuses après la prise de Duphaston10. En particulier dans les premières heures après la prise. Si cela arrive, ne conduisez pas ou n'utilisez pas de machines. Attendez de voir comment vous affecte Duphaston 10 mg comprimé pelliculé, avant de conduire ou d'utiliser des machines.

Duphaston 10 mg comprimé pelliculé contient du lactose

Si vous avez une intolérance à certains sucres, parlez-en à votre médecin avant de prendre ce médicament. Cela inclut les problèmes rares transmis dans les familles qui affectent la façon dont le corps utilise le lactose, comme un déficit en lactase de Lapp ou un syndrome de malabsorption du glucose -galactose.

Que contient cette notice

1. Qu'est-ce que Duphaston 10 mg comprimé pelliculé et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre ce médicament ?
3. Comment prendre ce médicament ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver ce médicament ?
6. ~~Contenu de l'emballage et autres informations~~