

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.
- Tous les documents sont agrafés sur la facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- Le rapport de radiographie doit être joint à la feuille de soins pour que soit pris en compte dans la facture.
- Le rapport de biologie doit être joint à la feuille de soins.

Optique :

- La facture doit être jointe au rapport de l'opticien sur la feuille de soins.

Rééducation :

- Le rapport préalable renseigné par le thérapeute précurseur doit être joint à la feuille de soins.
- Joint la facture au rapport de l'ergothérapeute ou physiothérapeute des séances effectuées et à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèse ou de traitement dentaire, 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-graphie ainsi est obligatoire en cas de maladie ou de traitement canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin précurseur 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.

25029

Maladie Dentaire Optique Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **7383** Société :

Actif Pensionné Autre : **RADI HAMID**

Nom & Prénom : **RADI HAMID**

Date de naissance : **01/09/65**

Adresse :

Tel : **0661381200** Total de : traits engagés

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : **12 MARS 2020**

Nom et prénom du malade : **ACCUEIL SIEGE RAM**

Homme Femme Transgenre

Sexe de la malade : **ACCUEIL SIEGE RAM**

En cas d'accident préalable : **ACCUEIL SIEGE RAM**

Dans le cas où la maladie a été déclarée préalablement, communiquer les renseignements sous déclaration à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

Fait à : **ACCUEIL SIEGE RAM**

Signature de l'adhérent : **ACCUEIL SIEGE RAM**

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution			
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire						
		<table border="1"> <tr> <td>D</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000 00000000 35533411</td> <td>21433552 00000000 00000000 11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			D	H	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553
D	H							
25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553							
VOLET ADHERENT		NOM : Mle						
DECLARATION N°		W18-374975						
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces jointes						
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle								

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle
Nom & Prénom		
Fonction :	Phones :	
Mail :		
MEDECIN Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age		Date 2/12/19
Nature de la maladie : <i>ophtalm d'ghostre</i> Date 1ère visite		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
CA	1	105,18
PHARMACIE Date 12/12/19		
Montant de la facture 82,90		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date :		
Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX Date :		
Nombre AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires		

CLOPRAME®

(Métoclopramide)

DENOMINATION DU MEDICAMENT

- CLOPRAME® comprimés sécables, boîte de 40
- CLOPRAME® solution buvable, flacon de 130 ml avec seringue doseuse

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice, vous pourrez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, contactez votre

otre médecin ou à votre

pas à d'autres personnes. Il
iques aux vôtres.
n effet indésirable non
armacien.

AME® ?

ITISE ?

le "métoclopramide". Il agit sur
iens.

Cloprame® comprimé sécable et Cloprame® solution buvable sont utilisés chez les adultes
dans :

- la prévention des nausées et vomissements retardés pouvant survenir après une chimiothérapie.
- la prévention des nausées et vomissements induits par la radiothérapie.
- le traitement des nausées et vomissements incluant les nausées et vomissements pouvant survenir en cas de migraine.

En cas de migraine, le métoclopramide peut être pris avec des médicaments agissant sur la douleur administrés par voie orale pour augmenter l'efficacité de ces médicaments.

1.2 Population pédiatrique :

Cloprame® comprimé sécable et Cloprame® solution buvable sont indiqués chez les enfants (âgés de 1 à 18 ans) si un autre traitement est inefficace ou ne peut être utilisé pour prévenir les nausées et vomissements retardés pouvant survenir après une chimiothérapie.

Les comprimés de Cloprame® 10 mg ne conviennent pas aux enfants pesant moins de 30 kg.
D'autres formes pharmaceutiques (par exemple la solution buvable) doivent être utilisées.

2-QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE CLOPRAME® ?

- Liste des informations nécessaires avant la prise du médicament.

D'autres formes pharmaceutiques (par exemple

- Prises d'autres médicaments (Interactions a
Prise ou utilisation d'autres médicaments
Si vous prenez, avec pris récemment ou allez pr
médecin ou pharmacien.

En effet, Cloprame® comprimé sécable ou Clopr
don agissent certains médicaments.

De même, certains médicaments peuvent modifi
ou Cloprame® solution buvable. Ces médicame

- lénodopa ou autres médicaments utilisés s
- anticholinergiques (médicaments utilisés pour s
- dérivés morphiniques (médicaments utilisés po
- médicaments sédatifs,

- médicaments utilisés pour traiter les troubles m
- digoxine (médicament utilisé pour traiter l'insuff
- cétodipropionate (médicament utilisé pour traiter cer

- mirvacurium et suxamethonium (médicaments u
- musculaire),
- fluoxétine et paroxétine (médicaments utilisés p

- Aliments et boissons (Interactions avec les
- Aliments et boissons

Ne pas prendre d'alcool pendant le traitement ca
comprimé sécable ou Cloprame® solution buvab

- Interactions avec les produits de phytothérapie
Sans objet.

- Utilisation pendant la grossesse et l'allaitement
Grossesse et allaitement

Si vous êtes enceinte, pensez être enceinte ou p
ou pharmacien avant de prendre ce médicament.
Cloprame® solution buvable peut être pris pendant
devez prendre ce médicament.

Cloprame® comprimé sécable ou Cloprame® so
allez car le métoclopramide passe dans le lait

- Sportifs

Sans objet.

- Effets sur l'aptitude à conduire un véhicule
- Conduite de véhicules et utilisation de machin

Vous pouvez vous sentir somnolent, avoir des se
saccades anormaux et une contracture généralis

avoir pris Cloprame® comprimé sécable ou Clop
vus et votre capacité à conduire des véhicules et

- Excipients à effet notoire

Solution buvable : - parahydroxybenzoates de me
sodium (0,336 mg/ml)

3- COMMENT PRENDRE CLOPRAME® ?

- Instruction pour un bon usage

Sans objet

- Posologie, mode et/ou voie (s) d'administrati

traitement

FLAGYL® 500 mg

Métronidazole

Comprimé pelliculé.

SANOFI

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

a) Dénomination :

FLAGYL 500

b) Composé :

Métronidazole

Excipient(s) :

magnésium stéarate

pelliculé

c) Forme :

Comprimé

d) Classe :

ANTIBIOTIQUE

famille

2. DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT :

Ce médicament est indiqué dans le traitement de certaines infections à germes sensibles (bactéries, parasites).

3. ATTENTION !

a) Dans quel(s) cas ne pas utiliser ce médicament :



- En cas de traitement prolongé, il est important de prévenir votre médecin en cas de survenue de troubles nerveux (fourmillements, difficulté à coordonner des mouvements, vertiges, convulsions).

EN CAS DE DOUBTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

d) Interactions médicamenteuses et autres interactions :

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, et notamment avec le disulfirame et l'alcool, IL FAUT SIGNALER SYSTÉMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

La prise de ce médicament peut perturber les résultats de certains examens de laboratoire (recherche de tréponèmes) ; le métronidazole peut en effet faussement positiver un test de Nelson.

e) Grossesse - Allaitement :

En cas de besoin, ce médicament peut être pris pendant la grossesse. Il convient cependant de demander l'avis à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre ce médicament.

ENTERAL®

(Nifuroxazide)

1- DENOMINATION DU MEDICAMENT

ENTERAL® Gélules à 200 mg : boîte de 12 gélules

ENTERAL®, Suspension buvable à 220 mg/5 ml flacon de 90 ml
(Nifuroxazide)

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

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

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, cela pourrait lui être nocif.

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous ~~remarquez~~ ~~malaise~~ ~~malaise~~

ans cette notice, parlez-en à votre

ENTERAL® 200 mg 12 gélules

PPV 15DH80

EXP 06/2022
LOT 95011 1

hylique, arôme abricot punch, eau

4- INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Le traitement ne dispense pas de mesures diététiques et d'une réhydratation si elle est nécessaire.

- Gélules :

Elles sont indiquées, chez l'adulte et l'enfant de plus de 15 ans, dans le traitement de la diarrhée aiguë d'origine infectieuse.

- Suspension buvable :

Elle est indiquée, en complément de la réhydratation, dans le traitement de la diarrhée aiguë d'origine infectieuse chez l'enfant de plus de 2 ans.

5- POSOLOGIE

Suspension buvable :

Une prise