

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.

Éducation :

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.

Prothèse :

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° P19-0049964

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05095 Société : 25141

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL ANINE SALWA

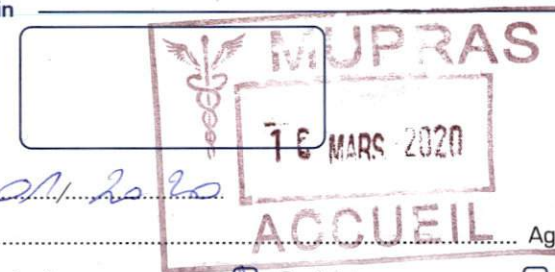
Date de naissance : 30/10/1989

Adresse :

Tél. : 0668 975226 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/01/2020

Nom et prénom du malade : Age : 40

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

Nature de la maladie : H.T.A.

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 : Casablanca Le : 24 Janv. 2020

Signature de l'adhérent(e) : Elamine

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE & PARA ACIMA INARA HAMID HAZZAZ PHARMACIEN ACIMA INARA, AV 2 MARS AIN CHOCK N° 86. TEL : 05 32 87 49 12 - CASABLANCA</p>	31/01/2020	220,60

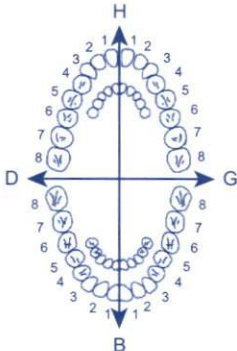
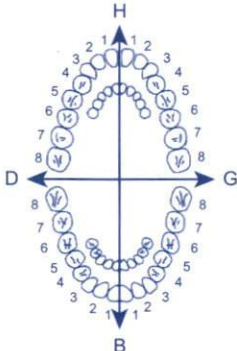
[illegible][illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 <hr style="width: 100%;"/> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> G 11433553 </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

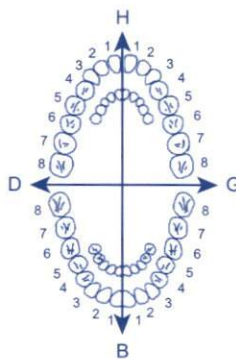
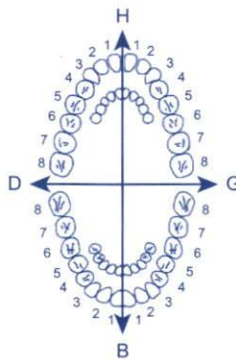
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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 CCOEFFICIENT 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 <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EX

ORDONNANCE

PHARMACIE & PARA ACIMA INARA
HAMID HAZZAZ
PHARMACIEN
ACIMA INARA, AV 2 MARS AIN CHOCK N° 86
Tél : 05 22 87 49 12 - CASABLANCA

1982, Le: 31/01/20

Zoual Ahmed

- Adalcor 10 cp (2)  72,80 x 2 = 145,60
1/2 cp [mat
soir

- sdypenor 20 cp  45,00
1 - 0 - 1

- Myantalgic cp  30,00
1 - 0 - 1

Dr SOLUTION DES
PROBLÈMES
C/S des Crêpes

Total. 220,60

LOT: 042
 PER: JUN 2020
 PPV: 45 DM 00

OXYGENO

Trimétazidine

COMPOSITION :

Principe actif :

Dichlorhydrate de Trimétazidine.....

Excipients : Mannitol, Cellulose microcristalline, Amidon, Stéarate de magnésium, Propylène glycol, Alcool isopropylique, Eau distillée.....q.s.p

FORMES PHARMACEUTIQUES ET PRESENTATIONS :

Comprimés pelliculés dosés à 20 mg, boîte de 60.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

- Traitement symptomatique de l'angor stable, uniquement en seconde intention chez les patients présentant une intolérance ou une réponse insuffisante aux autres traitements.

EFFETS INDESIRABLES :

COMME TOUT MEDICAMENT, CE PRODUIT PEUT CHEZ CERTAINS PATIENTS PRESENTER DES EFFETS INDESIRABLES :

- Effets gastro-intestinaux: gastralgies, dyspepsie, diarrhée, constipation
- Effets généraux: asthénie
- Effets sur le système nerveux: céphalées, vertiges, troubles du sommeil (insomnie, hypersomnie, rigidité, akinésie) réversibles à l'arrêt du traitement.
- Effets cutanés: rash, prurit, urticaire, angioedème ou oedème de Quincke. Ces effets surviennent dans des délais variables, de quelques heures à plusieurs jours.
- Effets cardiovasculaires: hypotension orthostatique, pouvant être associée à des étourdissements, surtout chez les patients âgés recevant un traitement antihypertenseur, palpitations, extrasystoles.

IL EST CONSEILLE DE MENTIONNER TOUT EFFET INDESIRABLE OBSERVE.

CONTRE INDICATIONS :

- Hypersensibilité à la trimétazidine ou à l'un des excipients.
- Patients atteints de la maladie de Parkinson, de symptômes parkinsoniens.
- Patients souffrant du syndrome des jambes sans repos.
- Patients souffrant d'insuffisance rénale sévère.
- Pendant l'allaitement cf Grossesse/Allaitement.

MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI

par votre médecin pendant les premiers jours

MYANTALGIC®

(Tramadol-Paracétamol)

MYANTALG

PPV 100H00

FORMES PHARMACEUTIQUES ET PRESENTATIONS

- Comprimés pelliculés, boîte de 20
- Comprimés effervescent, boîte de 20

COMPOSITION

Comprimé pelliculé

Tramadol chlorhydrate	37,50 mg
Paracétamol	325,00 mg
Excipient q.s.p	1 comprimé pelliculé

Comprimé effervescent

Tramadol chlorhydrate	37,50 mg
Paracétamol	325,00 mg
Excipient q.s.p	1 comprimé effervescent

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Antalgique de niveau II.

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Douleurs modérées à intenses lorsque les antalgiques plus faibles ne sont pas suffisants.

Il est réservé à l'adulte et l'adolescent à partir de 12 ans.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

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

- Hypersensibilité connue au tramadol, au paracétamol ou à l'un des excipients.
- Intoxication aiguë ou surdosage avec des produits dépresseurs du système nerveux central (alcool, hypnotiques, autres analgésiques centraux, opioïdes, psychotropes).
- Traitement simultané ou récent (arrêt de moins de 15 jours) par les IMAO.
- Insuffisance hépatocellulaire sévère.
- Insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine < 10 ml/mn).
- Insuffisance respiratoire sévère.
- Epilepsie non contrôlée par un traitement adapté.
- Grossesse et allaitement

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS D'EMPLOI

- Ne pas dépasser la dose recommandée et ne pas utiliser d'autres médicaments contenant du paracétamol ou tramadol sans avis médical.
- Les patients ayant des antécédents d'épilepsie ou ceux qui sont susceptibles de présenter des convulsions ne devront être traités par l'association tramadol/paracétamol qu'en cas de nécessité absolue (risque de convulsion)
- Utiliser avec prudence chez les patients susceptibles de présenter une dépression respiratoire.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

- IMAO
- Carbamazépine
- Agonistes morphiniques (buprénorphine, nalbuphine, pentazocine)
- Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine
- Autres dérivés morphiniques
- Benzodiazépines
- Barbituriques
- La prise d'alcool est fortement déconseillée pendant le traitement

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

En raison de la présence de tramadol, ce médicament ne doit pas être utilisé pendant la grossesse.

COOPER PHARMA

PPV : 72,80 DH

1500/C

MERCK

ADANCOR 10 mg, Comprimé sécable, Boîte de 30

Nicorandil

Voie orale

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

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.

Posologie

La dose recommandée est la suivante :

- La dose initiale habituelle est de 10 mg deux fois par jour.
- Si vous souffrez souvent de maux de tête, une dose inférieure, de 5 mg deux fois par jour, pourra être prescrite par votre médecin pendant les premiers jours de traitement