

# 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.

## **Thérapie :**

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**

Reclamation : 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 Alial 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



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3711

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HAMMOU

Abdelouahed

Date de naissance : 21.04.1951

Adresse : 5, Rue de l'Héritage

Tél. : 066.123.847

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04.06.2020

Nom et prénom du malade : HAMMOU Abdelouahed Age : 68 ans

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 : Casablanca

Le : 04.06.2020

Signature de l'adhérent(e) :

## **VOLET ADHÉRENT**

Déclaration de maladie

Nº P19-046335

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 3711

Nom de l'adhérent(e) : HAMMOU

Total des frais engagés : 150,00 Dhs 111,20

Date de dépôt :

## 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
04/06/2022	C	1	150 DH	Dr. BELAMINE Fatima Médecin Généraliste Sidi Othmane Tel: 0522 28 56 23 Sidi Othmane Tel: 0522 28 56 23

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NADOUR LAHLOU Abdelali 3, Rue l'Héraut Av. Nadir-Pole Casablanca. Tél: 0522 28 05 76	04/06/2022	1111.00 DH

## ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## VOLET ADHERENT

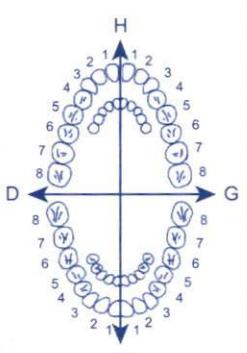
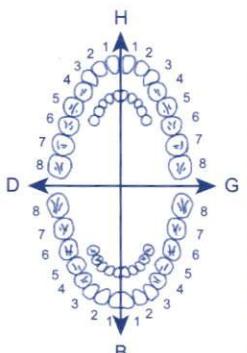
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	H	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
	H	25533412 21433552 00000000 00000000		
	D	00000000 00000000		
	G	35533411 11433553		
	B			
(Création, remont, adjonction)	MONTANTS DES SOINS	DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION	
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION		

*Dr BELAMINE Fatima*

OMNIPRATICIEN

Echographie Clinique

Cu Douleur et Soins de Support

Bd. Joulane N° 55 Sidi Othmane

Lot. Salmia 2 - Casablanca

Tél. : 05.22.38.56.23

GSM : 06.31.46.04.61

Casablanca, le ..

04/06/2023

الدكتورة بلالمير فاطمة

الطب العام

الفحص بالصدى

علاج الآلام بالدعم

شارع الجولان رقم 55 سيدى عثمان

حي السالمية 2 . الدار البيضاء

الهاتف : 05.22.38.56.23

المحمول : 06.31.46.04.61

HAnnoV Asdelaweed

② Sole pree 20 ml 2/21  
58.00 3cp 1518

② Panel 20  
52.80 My 10x14

1M, 20

Dr. BELAMINE Fatima  
Médecin Généraliste  
55, Boulevard Joulane Salmia II  
Sidi Othmane Tel.: 0522 38 56 23

PHARMACIE NADOR  
LAHLOU Abdelali  
3, Rue l'Hérault Av. Nadir-Pole  
Casablanca, Tél: 0522 28 05 76

# Solupred<sup>®</sup> 20 mg



Prednisolone  
Comprimé effervescent

**sanofi aventis**

- Veuillez 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 d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou votre pharmacien.

Ce médicament vous a été prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un en cas de symptômes identiques. Il pourrait lui être nocif.

## **IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT**

### **Composition**

Métaulofbenzate de prednisolone et quantité correspondant à prednisolone à

Excipients : Acide tartrique, acide anhydre, bicarbonate de sodium, benthonium, citron arôme naturel, saccharose, sodium, silicone émulsion anti-mousse.

Chaque comprimé contient 50,80 mg de ~~sucre~~.

## **Forme pharmaceutique et présentation**

Comprimé effervescent. (Flacon (vert) de 20).

l'arrêt du traitement, prévenir le médecin de la prise de corticoïde, en cas d'intervention chirurgicale ou de situation de stress (fièvre,

de tuberculose), d'insuffisance hépatique, d'insuffisance rénale, d'ostéoporose et de myasthénie grave (maladie des muscles avec fatigue musculaire). Prévenir votre médecin en cas de séjour dans les régions tropicale, subtropicale ou le sud de la France de maladie

**Solupred<sup>®</sup> 20mg**

**Solupred<sup>®</sup> 20 mg**  
20 Comprimés  
effervescents



6 118000 060536  
elle ter les la

# Prazol® 20 mg

oméprazole

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 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.
- 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.

## COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Prazol® 20 mg :

Oméprazole (DCI) .....	20 mg
Excipients qsp .....	1 gélule

## FORME PHARMACEUTIQUE

- Gélule contenant des microgranules gastrorésistants.
- Présentation : boîte de 7, 14 et 28 gélules.

## CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

PRAZOL® 20 mg, gélule gastro-résistante contient la substance active oméprazole. Il appartient à la classe des médicaments appelée inhibiteurs de la pompe à protons. Il diminue la quantité d'acide produite par votre estomac.

## DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

PRAZOL® 20 mg, gélule gastro-résistante est utilisé pour traiter les affections suivantes :

### Chez les adultes :

- le reflux gastro-œsophagien (RGO).
- les ulcères de la partie haute de votre intestin (ulcère duodénal) ou de votre estomac (*ulcère gastrique*).
- les ulcères infectés par une bactérie appelée *Helicobacter pylori*. Dans ce cas, votre médecin peut également vous prescrire des antibiotiques qui permettent de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.
- les ulcères de l'estomac associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). PRAZOL® 20 mg, gélule gastro-résistante peut aussi être utilisé pour la prévention de ceux-ci si vous prenez des AINS.
- Un excès d'acide dans l'estomac dû à une grossesse au niveau du pancréas (*syndrome de Zollinger-Ellison*)

### Chez les enfants :

Enfants âgés de plus d'un an et avec un poids corporel  $\geq 10 \text{ kg}$

- le reflux gastro-œsophagien (RGO).
- Les symptômes chez l'enfant peuvent comprendre des remontées dans la bouche du contenu de l'estomac (régurgitation), des vomissements et une prise de poids limitée.

### Enfants

- les ulcères peuvent être prescrits

### COMMUNIQUEZ

- Maladie

Selon le

- 1 gélule

Cette trai

- 1 gélule

Oesophag

1 gélule de

• Traitement des lésions gastro-œsophagiennes

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant

• Traitement préventif des lésions gastro-

PPV : 52DH80  
PER : 03/22  
LOT : I2107-3

Prazol 20 mg

oméprazole

14 gélules



6 118000 040644

iens :

atoires non stéroïdiens :