

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.

Maladie chronique :

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- 068488

ND= 29777

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1009 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BAAN EN Abdelouahab

Date de naissance : 12 Jan 1950

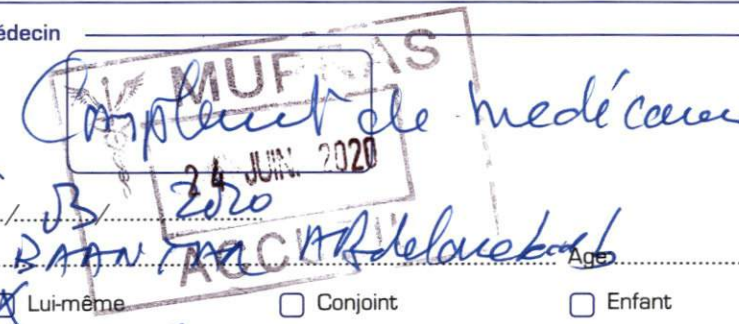
Adresse : 05 Bd Yacoub El Mahfouj Bordj Bouja

10M 612 APP 8 2876000000

Tél : 067077041 Total des frais engagés : 330,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24 JUN 2020

Nom et prénom du malade : BAAN EN Abdelouahab

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

Nature de la maladie : 10M

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : feuille mutuelle

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 : 19/06/2020


Signature de l'adhérent(e) :

Handwritten signature of the adherent.

RELEVÉ 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12 juil 2020	330,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

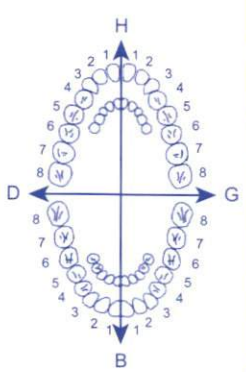
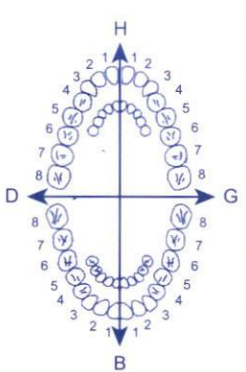
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		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"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



polyclinique Atlas
ANFA

Coelio - Chirurgie
Chirurgie générale
Chirurgie de l'obésité
Chirurgie carcinologique

1) AN Te AS Delouches

88,00 + 52,80 x 2 + 30,00 x 2

1/2 des 2 S.V 1 mg
~~99,00 x 2~~
198,00 + 52,80
250,80
198,00 malin

60,00 x 6

2) Feyder S.V 1 mg
60 x 3
180,00

21
J

2770 S.V

3) n + c
330,80

11

652130

www.polycliniqueatlas.com

LOT 191187
EXP 04/2022
PPV 52.80DH

LOT 191337
EXP 04/2022
PPV 99.00DH

Poso
Respectez toujours la posologie indiquée par votre médecin. En cas de doute, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

Chez l'adulte

Traitement

Traitement

Traitement

Chez l'enfant

Oesophag

Traitement

gastro-œs

ne sont p

complém

LOT 191337
EXP 04/2022
PPV 99.00DH

Enfant \geq 1 an et \leq 15 kg : 1 gélule de 10 mg une fois par jour.

La posologie peut être augmentée à 20 mg une fois par jour si nécessaire.

Enfant \geq 2 ans (> 20 kg) : 1 gélule de 20 mg une fois par jour.

La posologie peut être augmentée à 40 mg une fois par jour si nécessaire.

Chez l'enfant de plus de 4 ans

En association avec des antibiotiques dans le traitement de l'ulcère duodénal associé à une infection par *Helicobacter pylori*. La durée de traitement est le plus souvent de 7 jours (cette durée peut parfois être augmentée à 14 jours).

Le traitement devra être surveillé par un spécialiste.

Enfant de 15 à \leq 30 kg : association avec deux antibiotiques : Oedes 20mg, amoxicilline 25 mg/kg de poids corporel et clarithromycine 7,5 mg/kg de poids corporel sont administrés simultanément deux fois par jour pendant 1 semaine.

Enfant de 30 à \leq 40 kg : association avec deux antibiotiques : Oedes 20 mg, amoxicilline 750 mg et clarithromycine 7,5 mg/kg de poids corporel sont administrés simultanément deux fois par jour pendant 1 semaine.

Enfant > 40 kg : association avec deux antibiotiques : Oedes 20 mg, amoxicilline 1g et clarithromycine 500 mg sont administrés simultanément deux fois par jour pendant 1 semaine.

Mode et voie d'administration

Voie orale.

Chez les enfants de moins de 6 ans (en raison du risque de fausse route) et les enfants

NOTICE D'INFORMATION POUR LES UTILISATEURS

FERPLEX 40 mg, Solution Orale

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 flacons de 15 ml

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

Contenu de la notice :

1. Qu'est-ce que FERPLEX 40 mg solution orale et dans quels cas est-il utilisé.
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre FERPLEX 40 mg solution orale.
3. Comment prendre FERPLEX 40 mg solution orale.
4. Quels sont les effets indésirables éventuels.
5. Comment conserver FERPLEX 40 mg solution orale.
6. Informations supplémentaires.

1. QU'EST-CE QUE FERPLEX 40 MG SOLUTION ORALE ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ :

Classe pharmacothérapeutique : Antianémique/fer.

FERPLEX 40 mg solution orale est un médicament qui apporte du fer aux globules rouges dans le sang, pour le traitement des carences de fer ainsi que le traitement de l'anémie (diminution du taux d'hémoglobine ainsi que du nombre et de la dimension des globules rouges), due à cette carence en fer.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE FERPLEX 40 MG SOLUTION ORALE :

Ne prenez jamais FERPLEX 40 mg solution orale dans les cas suivants :

- Si vous êtes allergique (hypersensible) au Fer protéinsuccinylate ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament.
- Si vous êtes allergique aux protéines lactées.
- Si vous souffrez d'une maladie qui provoque une accumulation de fer dans l'organisme (Hemosidrose et Hémochromatose).
- Si vous souffrez d'une pancréatite (inflammation du pancréas) ou d'une cirrhose hépatique (maladie chronique du foie qui se caractérise par la formation de lésions de fibrose ou de « cicatrices » dans le tissu hépatique et qui altère sa structure et son fonctionnement normal) dues à une accumulation de fer.
- Si vous souffrez d'une anémie sans carence en fer.

Faites attention avec FERPLEX 40 mg :

- En cas de carence en fer ou d'anémie, consultez votre médecin avant de prendre ce médicament.

Prise ou utilisation :

Si vous prenez ou avez déjà pris un médicament, informez votre médecin ou votre pharmacien.

Antibiotiques de la famille des pénicillamines (articularisations).

• Si vous prenez des médicaments pour les problèmes osseux (la pénicillamine).

• La pénicillamine (articularisations).

Alfa méthyl dopa, utilisée pour le traitement de l'hypertension artérielle.

Thyroïdite, thyroïde trop petite (Lévodopa et carbidopa).

• de Parkinson.

Mycophénolate.

L'absorption intestinale de la solution orale est accompagnée par un besoin nécessaire d'espace libre entre celle des médicaments suivants :

Antiacides, hab.

• souffrent d'acidité.

Chloramphénicol.

• Cholestyramine,

• hypercholestérolémie.

Médicaments pour les problèmes de digestion (gastro-œsophagie).

pantoprazole.

Risque d'interférence avec les analyses en laboratoire pour la recherche de sang occulte dans les selles.

• Ce médicament peut interférer avec les analyses en laboratoire pour la recherche de sang occulte dans les selles.

Prise de FERPLEX 40 mg solution orale avec les aliments et boissons :

Certains aliments (végétaux, le lait, le café et le thé) diminuent l'absorption du fer.

Il est donc nécessaire d'espacer d'au moins deux heures l'administration de FERPLEX 40 mg et la prise de ces aliments.

L'absorption du fer peut être augmentée suite à l'ingestion d'aliments riches en fer (orange, citron, etc.) fraîchement pressés.

Grossesse et allaitement :

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

FERPLEX est indiqué pendant la grossesse et l'allaitement pour le traitement des carences en fer, il n'y a donc aucune précaution particulière à prendre.

Conduite de véhicules et utilisation de machines :

Aucun effet sur l'aptitude à la conduite et l'utilisation de machines n'a été observé.

Informations importantes concernant certains composants de FERPLEX 40 mg solution orale :

FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016