

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.

Radiologie 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.

Dentaire :

- 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

- Reclamation : 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.

N° W19-512193

ND : 299 60

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e) **10.260**

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Société :

ABDELLAH

Nom & Prénom :

HARACHE

Date de naissance :

02/05/2020

Adresse :

RAM. Melas

Tél. :

0662468467

Total des frais engagés : **450 DH**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

mar, 03-04-2020

Nom et prénom du malade :

T. DUFKA KA HARACHE

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

liver

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'at: médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **03/04/20**





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
09.04.2015	CS		250,00H	INP : 131192627

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	9/4/2020	140.50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

SOINS DENTAIRES		Traitées	Soin(s)	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				DÉBUT D'EXÉCUTION
				FIN D'EXÉCUTION
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXÉCUTION

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

DOCTEUR MOHAMED HOSSAM TOUFIQUE

Rhumatologue

الدكتور محمد حسام توفيق

اختصاصي في أمراض العظام والمفاصل



- Maladie des os, articulations
- Colonne vertébrale
- Ostéoporose
- Biothérapie
- Diplômé en échographie ostéo articulaire (gestes échoguidés)
- Ancien médecin au CHU Hassan II Fès

العمود الفقري

الرhomatizm

هشاشة العظام

الأدوية البيولوجية

دبلوم إيكوغرافيا العظام و المفاصل والعمود الفقري

طبيب بالمستشفى الجامعي الحسن الثاني بفاس سابقا

Meknès, le: 09.04.2020

Mr. Toufique A. C. W.
 1) Profenid 100 mg en (15/5) x 65
 54, nos en 15 en (15/15) x 65
 2) Ac. 100 mg en (15/15) x 65
 3) Myc. 100 mg en (15/15) x 65 (2 Jeans)
 4) S. 100 mg en 15/15 x 30 Pdt 48 Heure.
 5) S. 100 mg en 15/15 x 30 Pdt 10-1-1
 6) S. 100 mg en 15/15 x 30 Pdt 6 Jours.
 7) S. 100 mg en 15/15 x 30 Pdt 1-1-1

Av. Allal Ben Abdellah Imm 19, 2ème étage N°6 (ascenseur) V.N - Meknès

شارع علال بن عبد الله ، عمارة 19 رقم 6 الطابق الثاني (المصعد) م.ج - مكناس

05 35 52 46 17

06 59 53 38 56

dr.mohamedhossamtoufique@gmail.com

✓
0.067
0.072
0.078

MYANTALGIC®

(Tramadol-Paracétamol)

FORMES PHARMACEUTIQUES ET PRESENTATIONS

- Comprimés pelliculés, boîte de 20
- Comprimés effervescents, 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.

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 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.

Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE ACUPAN®, solution injectable ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER ACUPAN®, solution injectable ?
3. COMMENT UTILISER ACUPAN®, solution injectable ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER ACUPAN®, solution injectable ?
6. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

1. QU'EST-CE QUE ACUPAN®, solution injectable ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique

AUTRES ANALGÉSIQUES ET ANTIPYRÉTIQUES

Indications thérapeutiques

Traitement symptomatique de la douleur aiguë, notamment de la douleur post-opératoire.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER ACUPAN®, solution injectable ?

N'utilisez jamais ACUPAN®, solution injectable dans les cas suivants :

- allergie connue au néfopam ou à l'un des constituants de ce médicament,
- glaucome à angle fermé (augmentation de la pression à l'intérieur de l'œil),
- difficultés pour uriner d'origine prostatique,
- convulsions ou antécédents de convulsion,
- enfants de moins de 15 ans.

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



Profenid®

Kétoprofène

100 mg/2 ml

Solution injectable IM

sanofi aventis

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

- Elle contient des informations importantes sur votre traitement.
- 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, car cela pourrait lui être nocif.
- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

a) Dénomination :

PROFENID® 100 mg/2 ml, solution injectable (I.M.).

b) Composition :

Kétoprofène 100 mg.

Excipients : arginine, alcool benzylique, acide citrique monohydraté, eau pour préparations injectables q.s.p. 2 ml.

c) Forme pharmaceutique et présentation :

Solution injectable IM à 100 mg/2 ml : ampoule de 2 ml, boîte de 6.

d) Classe pharmaco-thérapeutique :

ANTI-INFLAMMATOIRES, ANTIRHUMATISMAUX, NON STÉROÏDIENS. (M, Muscle et squelette).

2. DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament contient un anti-inflammatoire non stéroïdien : le kétoprofène. Il est indiqué, chez l'adulte (plus de 15 ans), en traitement de courte durée de :

- certains rhumatismes inflammatoires en poussée,
- douleurs lombaires aiguës,
- douleurs aiguës liées à l'irritation d'un nerf, telles que les sciatiques,
- certaines douleurs intenses,
- crises de coliques néphrétiques (crises douloureuses du bas du dos suite à un blocage des voies urinaires).

Ce médicament est généralement administré par voie injectable lorsque les voies orale et rectale ne peuvent être utilisées.

3. ATTENTION !

a) Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament :

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- au delà de 5 mois de grossesse révolus (24 semaines d'aménorrhée),
- antécédent d'allergie au kétoprofène ou à l'un des constituants du produit,
- antécédent d'asthme déclenché par la prise de ce médicament ou un médicament apparenté, notamment autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, aspirine,
- hémorragie gastro-intestinale, hémorragie cérébrale ou autre hémorragie en cours,
- ulcère de l'estomac ou de l'intestin en cours,
- maladie grave du foie, du rein, du cœur,
- troubles de la coagulation ou traitement anticoagulant en cours,