

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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

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- 067292

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : .....

Actif  Pensionné(e)  Autre : .....

Nom & Prénom : ..... AKIL ABDELRAHMAN

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

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 : ..... Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : .....

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-067292

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 : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

26 JUIN  
ACCUEIL

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



## Déclaration de Maladie

### N° P19- 0043748

#### 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 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

Déclaration : contact@mupras.com  
Réclamation : 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

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7472      Société :  
 Actif       Pensionné(e)       Autre :  
Nom & Prénom : AKIL ABDERRAHIM  
Date de naissance : 04.10.1958  
Adresse : 31, Rue IBNOU HABBOUS MARRIF CASABLANCA  
Tél. : 0678275932      Total des frais engagés :      Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/05/2020  
Nom et prénom du malade : M<sup>r</sup> AKIL Abderrahim      Age : 62 ans  
Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant  
Nature de la maladie : HTA Colopathie Dysphagie  
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 : 29/05/2020

Signature de l'adhérent(e) :

#### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-043748

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 : 7472  
Nom de l'adhérent(e) : Akil Abderrahim  
Total des frais engagés :  
Date de dépôt :

**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
29/05/20	C		1.509,77	

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/05/20	321,50

**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
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

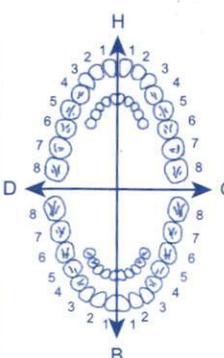
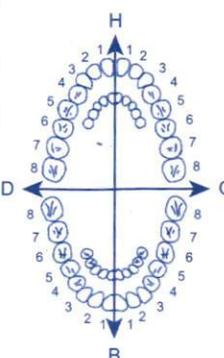
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

**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 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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H																			
		25533412	21433552																		
		00000000	00000000																		
		D																			
00000000		00000000																			
35533411		11433553																			
B																					
G																					
[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'E

ORDONNANCE

Pharmacie TENOU KATIR  
M'hamed GERMANE  
Docteur en Pharmacie  
22, Rue Impasse Ibnou KATIR  
Tel: 05 22 23 41 63 - CASABLANCA

Dr. BENHABIB Aïcha  
OMNIPHARMACIENNE  
106 Av. El Jouliane Sidi Othmane  
Tel: 05 22 37 04 08

Tel: 05 22 37 04 08

127,70

- Atacand 8 mg

M<sup>re</sup> AKIL  
Abderrahim

S.V.

X 1 mois

S.V.

09/05/2020

71,30  
- Lantane

X 3 x 1 j

41,40

Métosparmyl

S.V.

3 x 1 j  
aut 1 j

82,10

- ESAC

20 mg - 1 gélule  
à l'heure du repas

S.V.

Dr. BENHABIB Aïcha  
106 Av. El Jouliane Sidi Othmane  
Tel: 05 22 37 04 08  
OMNIPHARMACIENNE

Cala le: 29/05/2020

71130

40mg

GINKGO BILOBA



notice  
ent. Elle  
ortantes

...S, si vous  
avez un doute, demandez plus  
d'informations à votre médecin ou à votre  
pharmacien.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.
- Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez votre médecin.
- Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un des effets mentionnés comme étant grave, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

**Dans cette notice :**

1. QU'EST-CE QUE TANAKAN 40 mg, comprimé enrobé ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE TANAKAN 40 mg, comprimé enrobé ?
3. COMMENT PRENDRE TANAKAN 40 mg, comprimé enrobé ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER TANAKAN 40 mg, comprimé enrobé ?
6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue zaoubat ~~un~~ agnam roches  
noires casablanca  
**ATACAND**

8 mg Cpr séc

traiter (ARM 139/18 DMP/21 NRQ P.P.V. : 127,70 DH  
sont c



stes de l'aldostérone  
isés (les IEC et les ARM  
dans le traitement de

l'insuffisance cardiaque).

## 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE ATACAND, comprimé sécable ?

**Ne prenez jamais ATACAND, comprimé sécable :**

- Si vous êtes allergique au candésartan cilexetil ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament (mentionnés dans la rubrique 6).
- Si vous êtes enceinte de plus de 3 mois (il est également préférable d'éviter de prendre ATACAND en début de grossesse) (voir rubrique « Grossesse »).
- Si vous souffrez d'une maladie sévère du foie ou d'une cholestase (problème d'obstruction des voies biliaires qui empêche la bile de sortir de la vésicule biliaire).
- Si le patient est un enfant de moins de 1 an.
- Si vous avez du diabète ou une insuffisance rénale et que vous êtes traité(e) par un médicament contenant de l'aliskiren pour diminuer votre pression artérielle.

Si vous n'êtes pas certain(e) que l'une de ces situations vous concerne, parlez-en avec votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre ATACAND.

### **Avertissements et précautions**

Adressez-vous à votre médecin avant de prendre ATACAND, comprimé sécable.

- Si vous avez des problèmes cardiaques, hépatiques ou rénaux ou si vous êtes sous dialyse.
- Si vous avez récemment subi une transplantation rénale.

**ESAC<sup>®</sup> 20 mg**

LOT : 19007  
PER : 12/21  
PPV : 82DH10

cette notice avant de prendre ce  
ez avoir besoin de la lire à nouveau.  
vous à votre médecin ou à votre  
ersonnellement prescrit. Ne le donnez à

Veillez:  
médicament  
Si vous  
pharmacien  
personne  
mêmes symptômes que vous.

### Composition

Esoméprazole.....20,00 mg  
Sous forme d'ésoméprazole magnésium trihydraté.  
Excipients dont et saccharose : q.s.p 1 gélule gastro-résistante

### Qu'est-ce qu'ESAC 20 mg et dans quel cas est-il utilisé ?

Ce médicament se présente sous forme de gélules contenant des microgranules gastro-résistants.

ESAC est un médicament de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons. Il diminue la sécrétion acide au niveau de l'estomac.

ESAC est utilisé dans :

- le traitement de l'oesophagite érosive par reflux (inflammation de l'oesophage),
- la prévention des rechutes de certaines oesophagites,
- le traitement des symptômes du reflux gastro-oesophagien (brûlures et remontées acides),
- le traitement de l'ulcère du duodénum en cas d'infection par une bactérie appelée *Helicobacter pylori*,
- le traitement des ulcères de l'estomac associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS),
- la prévention des ulcères de l'estomac et du duodénum associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).

### Quelles sont les informations nécessaires avant de prendre ESAC 20 mg ?

Il est particulièrement important d'informer votre médecin si vous prenez d'autres médicaments, même ceux sans prescription médicale.

### Ne pas utiliser ESAC 20 mg dans les cas suivants :

- si vous êtes allergique à l'un des constituants d'ESAC,
- si vous êtes allergique à un autre inhibiteur de la pompe à protons,
- si vous prenez un médicament contenant de l'atazanavir (utilisé dans le traitement du VIH).

### Prendre des précautions particulières avec ESAC 20 mg dans les cas suivants :

- si vous prenez d'autres médicaments comme l'itraconazole ou le kétoconazole (pour les infections fongiques), le diazépam (contre l'anxiété), la phénytoïne (pour l'épilepsie), la warfarine (pour des troubles de la coagulation sanguine), ou le chlorure de potassium (pour des troubles liés à un retard de l'évacuation gastrique).
- si vous avez des problèmes hépatiques graves. Vous devez en discuter avec votre médecin, il peut réduire la posologie.
- si vous avez des problèmes rénaux graves. Vous devez en discuter avec votre médecin.
- si une association de médicaments vous est prescrite pour l'éradication de *Helicobacter pylori* avec ESAC ou si vous prenez ESAC dans le cadre d'un traitement à la demande, vous devez informer votre médecin des autres

Si vo  
Par l  
mg u  
Le tr  
les p  
gast  
Ad  
- Tr  
appe  
La d  
clar  
- Tra  
non  
La d  
à 8 s  
- Pr  
d'an  
20 m  
ESA  
donn  
Suiv  
n'hés  
Si vo  
Cons  
Si vo  
Pre  
Cep  
vous  
Que  
Com  
occa  
Ces  
du tr  
Effe  
(che  
Mau  
flatu  
Effe  
(che  
Sens  
une  
du f  
Effe  
(che  
Con  
parti

# smyl<sup>®</sup>

## Siméticone

**METEOSPASYL<sup>®</sup> B 20 caps molles**  
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg

P. V. : 40,40 DH

Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca



**METEOSPASYL**

aliments, boissons

Sans objet.

### Grossesse et allaitement

#### **Grossesse**

Il est préférable de ne pas utiliser ce médicament pendant la grossesse.

Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité de le poursuivre.

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

#### **Allaitement**

Vous devez éviter de prendre ce médicament si vous allaitez.

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

### **Conduite de véhicules et utilisation de machines**

Il est peu probable que METEOSPASYL ait un effet sur votre aptitude à conduire des véhicules ou à utiliser des machines. Toutefois, METEOSPASYL peut provoquer des vertiges et cela peut avoir un effet sur votre aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines.

### **3. COMMENT PRENDRE METEOSPASYL, capsule molle ?**

#### **Posologie**

RESERVE A L'ADULTE

1 capsule 2 à 3 fois par jour.