

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.

Diagnostic 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

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.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

ND: 32616

SW

Déclaration de Maladie : N° P19-0003989

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 000069701 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : FATTAH NAIMA Date de naissance :
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

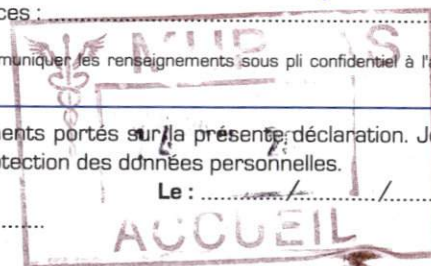
Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/07/2020
Nom et prénom du malade : Fattah Naima Age : 19/3
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Crystallin + cataracte
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) :



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
10/01/12		1	141,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

10/12/12

141,00

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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

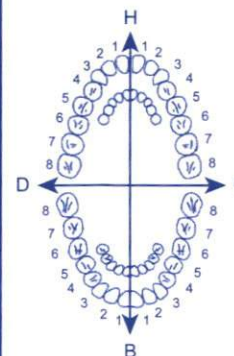
Veillez joindre les radiographes en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)

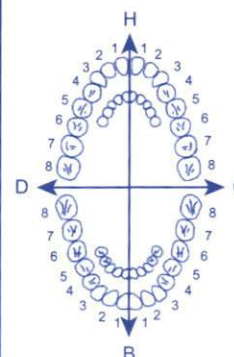
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Nadia ASSOUL

Médecine Générale - Echographie
Nutrition et diététique médicale
Diplômée de la faculté de Médecine
et de pharmacie de Casablanca
Ancien Médecin Interne au CHP
My Abdellah Mohammedia



الدكتورة نادية عسو

الطب العام - الفحص بالصدى
طب التغذية و الحماية الطبية
خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
طبيبة ملحقة سابقا بمستشفى
مولاي عبد الله بالمحمدية

ORDONNANCE

Casablanca, le : 12/07/20 : الدار البيضاء في :

N^o Fattouh Naimo

39,80

11 Hepanot

2 - 2 - 2

jeune et comestible de l'est

48,40

2) Crovison

105 + 31, 2000 mg

52,80

3) Oxydes 20 mg
1 gel 30 s

214 mg

إقامة الوفاق عمارة 85 رقم 4 الطابق الأول - عين السبع - البيضاء
Rés. Al Wifaq Imm. 85 N° 4, 1^{er} Etage Aïn Sebaâ - Casablanca
Tél. : 05 46 19 85 20

غافيسكون مزيج معلق للشرب في قارورة سعة 150 مل

التركيب:
الجبنات السوديوم ----- 10 غ
بيكربونات البوتاسيوم ----- 2 غ
السواغات: لكل جرعة واحدة من 100 مل



قائمة السواغات ذات التأثير الملحوظ:
باريدينوكسينيزوات
المثيل و البرويل.
دواعي الإستعمال:
يوفر غافيسكون أدفانس
تغطية سريعة، تدوم
طويلا، ضد حرقة
المعدة و عسر الهضم.
طريقة الإستعمال:
عن طريق الفم.

Soulever ici.
Ne pas enlever.

e 150ml

خالى من السكر

DISPONIBLE EN PHARMACIE
UNIQUEMENT

غافيسكون ادفانس

GAVISCON

ADVANCE

AROME ANIS

SOULAGEMENT RAPIDE ET PUISSANT

- Brûlures d'estomac & indigestion
- Formule extra puissante
- Effet Longue Durée
- حرقة المعدة وعسر الهضم
- تركيبة بقوة اضافية
- تدوم طويلا

نكهة الينسون

يحرك جيدا قبل الشرب.

لا تتركه في متناول الأطفال.

يتم التخزين في درجة حرارة تقل عن 30 مئوية.

لا يجب الحفاظ على القارورة لمدة تزيد عن 6 أشهر.

Bien agiter avant usage. Ne pas réfrigérer.

Tenir hors de portée des enfants.

Fabricant titulaire de licence au Royaume Uni:

Reckitt Benckiser Healthcare (UK) Ltd, Hull, HU8 7DS.

Gaviscon Advance, l'épée et le cercle sont des marques de commerce.

Utiliser dans les 6 mois après ouverture.

AMM N°205/15 DMP/21/NNP

PPV: 48 DH 40

BN 009481
DOM 04/2020
EXP 04/2022

3079955

HEPANAT®

le dieci erbe

Composition par comprimé de 400 mg :

Rhamnus purshiana écorce 85,4 mg. Jus d'aloe ferox 64 mg. Foeniculum vulgare graines 53,4 mg. Cassia angustifolia feuilles 42,7 mg. Glycyrrhiza glabra racine 16 mg. Gentiana lutea racine 16 mg. Taraxacum officinale racine 10,7 mg. Rhamnus alpinus écorce 10,7 mg. Rheum palmatum racine 10,7 mg. Marrubium vulgare sommités fleuries 10,7 mg. Maltodextrine ; agent de charge : Cellulose microcristalline ; antiagglomérants : sels de magnésium d'acides gras, dioxyde de silicium ; agents de revêtement : Hydroxypropylméthylcellulose, acides gras, cellulose microcristalline.

Propriétés :

Confort digestif et intestinal

Conseils d'utilisation :

2 à 4 comprimés par jour

Précautions d'emploi :

- Ne pas dépasser la dose journalière recommandée
- Ne pas utiliser pendant la grossesse

Présentations :

- Boite de 20 comprimés
- Boite de 40 comprimés

Tenir hors de la portée des enfants

Conserver le produit dans un endroit sec

Les compléments alimentaires

هيپانات

قرص 20

A consommer de

préférence avant fin :

Lot n°

39,80 DH

Lot: V302A

Per: 10-2022



COMPLÉMENT

Produit Fabriqué par ESNAPHARM
Via delle Industrie 1 Albissola Marina (SV) ITALY

www.esi.it

Importé et Distribué par ESNAPHARM - 7, Rue Abdelmajid Benjelloun
Maârif extension - Casablanca

CERTIFIÉ
PAR CERTIQUALITY

OEDES® 20 mg

Microgranules gastro-résistants en gélules

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.

DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT :

OEDES® 20 mg

COMPOSITION :

Chaque gélule contient 20mg de substance active : oméprazole.

Excipients : qsp 1 gélule.

FORME PHARMACEUTIQUE ET PRÉSENTATIONS :

Microgranules gastro-résistants en gélules. Disponibles en boîtes de 7, 14, 28 et 56

CLASSE PHARMACOLOGIQUE OU THÉRAPEUTIQUE :

Oedes 20mg, microgranules gastro-résistants en gélule contient une substance appelée oméprazole. C'est un médicament de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons. Il diminue la sécrétion acide au niveau de l'estomac.

DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

Indications :

Adulte :

- En association à une bithérapie antibiotique, éradication de *Helicobacter pylori* en cas de maladie ulcéreuse gastroduodénale.
- Ulcère duodéal évolutif.
- Ulcère gastrique évolutif.
- Œsophagite érosive ou ulcéreuse symptomatique par reflux gastro-œsophagien.
- Traitement symptomatique du reflux gastro-œsophagien associé ou non à une œsophagite, en cas de résistance à la posologie de 10 mg d'oméprazole par jour.
- Traitement d'entretien des ulcères duodénaux chez les patients non infectés par *Helicobacter pylori* ou chez qui l'éradication n'a pas été possible.
- Traitement d'entretien des œsophagites par reflux gastro-œsophagien.
- Syndrome de Zollinger-Ellison.
- Traitement des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens lorsque la poursuite des anti-inflammatoires est indispensable.
- Traitement préventif des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens chez les patients à risque (notamment âge supérieur à 65 ans, antécédents d'ulcère gastroduodéal) pour lesquels un traitement anti-inflammatoire est indispensable.

Enfant à partir de 1 an :

- Œsophagite érosive ou

DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER ?

Contre-indications :

Ne prenez jamais Oedes

- En cas d'allergie connue à l'oméprazole ou à l'un des excipients.

• En association avec

EN CAS DE DOUTE

MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

LOT 191188

EXP 04/2022

PPV 52.80DH