

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.

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.

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- 067094

ND: 36143

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1373 Société : Ram

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MARY Abdelkadir

Date de naissance : 1950

Adresse : 0 NA 250 Deroua

Tél. : 063333001 Total des frais engagés : 648,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/06/2020

Nom et prénom du malade : M. MARY Abdelkadir Age :

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

Nature de la maladie : hypertension

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 : DEROUA Le : 25/06/2020


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
25/06/2020		CS	120,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/07/2020	648,50 D+H

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

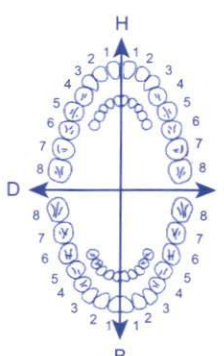
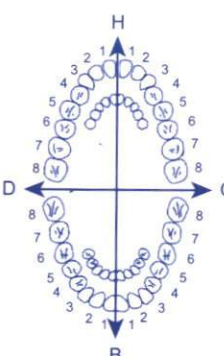
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 d

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"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(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'EXECUTION

DR. Houda BOUANANE

Médecine Générale

Diplômée de la faculté de
Médecine de Casablanca
Tél : 05 22 51 59 13



الدكتورة هدى بوعنان
الطب العام

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
الهاتف : 05 22 51 59 13

Deroua le, 06/07/2020

Mr MARARY Abdelkabar

162,60

NEBILET 5 MG
1/2 cp / j, le matin

83,20

SPECTRUM 500 B/10
1 cp 2 / j, av rep

2x44,00

BÉVIRAN FORT 200 MG B/30
1 comprimé, 3 fois par jours

38,70

LAROXYL 25
1 cp / j, le soir

276,00

SEROQUEL 100mg
1 cp / j, le soir

648,50

Docteur Houda Bouanane
Médecine Générale
Lot Makloulf 2 N° 228 app 1
Deroua - Berrchid
Tél : 0522 51 59 13

تجزئة مخلوف 2 الرقم 228 الشقة 1 الدروة - برشيد

Lot Makloulf 2 N° 228 Appartement 1 Deroua - Berrchid

E-mail: cabinetdrbouanane@gmail.com

نبييلت® 5 مجم

VIGNETTE
NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 162DH60

لأية قبل استعمال هذا

الدواء

- احرص على الاحتفاظ بهذا الدواء في مكان جاف وبارد، بعيداً عن الحرارة، فقد تحتاج لقراءتها مرة أخرى.
- إذا كانت لديك أي استفسارات أو التبتست عليك أية أمور؛ يرجى استشارة الطبيب المعالج أو الصيدلي.
- تم وصف هذا الدواء لك، لذا يحظر وصفه أو إعطائه لشخص آخر حتى إذا كان يعاني من نفس الأعراض فقد يكون ضاراً بالنسبة له.

المادة الفعالة لأقراص نبييلت 5 مجم هي:

نييفولول 5.00

مجم

في شكل هيدروكلوريد نييفولول 5.45 مجم للقرص

المركبات الأخرى هي:

بوليسوريات 80، هيدروكسي بروبيل، ميثيل سيللوز، مونوهيدرات اللاكتوز، نشا الذرة، كروس كارميلوز الصوديوم، سيللوز الجريزوفولفين، غروية السيليكا اللامائية، ستيرات المغنيسيوم.

1- ما هي أقراص نبييلت 5 مجم.

وما هي دواعي استعمالها؟

هذا الدواء في عبوة تحتوي على 28 قرص

والغثيان) والثيوريدازين؛

أدوية لعلاج الاكتئاب مثل أميتريبتيلين، الباروكستين، فلوكستين.

أدوية الربو، وانسداد الأنف أو بعض اضطرابات العين مثل الجلوكوما (ارتفاع الضغط في العين) أو تمدد (توسع) حنقة العين. باكوفين (دواء مضاد للتشنج العضلي) اميفوستين (دواء وقائي يستخدم لعلاج السرطان).

عقاقير لعلاج حمض المعدة الزائد أو القرحة (مضاد للحموضة المخدرات)، على سبيل المثال سيميتيدين، ينبغي تناول أقراص نبييلت 5 مجم أثناء وجبات الطعام ومضادات الحموضة بين وجبات الطعام.

من المستحسن استخدام هذه الأدوية عادة خلال فترة العلاج مع نييفولول ما لم ينصح خلاف ذلك من قبل الطبيب.

3- كيفية تناول أقراص نبييلت 5 مجم؟

ارتفاع ضغط الدم

تكون الجرعة عادة قرص واحد يوميًا.

أما مع المرضى المسنين الذين يعانون من القصور الكلوي تكون الجرعة 1/2 قرص يوميًا.

يحدث نشاط ارتفاع ضغط الدم عادة بعد 1-2 أسابيع من بداية العلاج، ولا يمكن أن يحدث أكبر قدر من التأثير حتى بعد 4 أسابيع.

وقد يقرر الطبيب المعالج تناول أدوية أخرى خافضة للضغط في حالة الاستجابة غير الكافية.

BEVIRAN®

Mébévérine (Chlorhydrate)

FORMES ET PRÉSENTATIONS :

- Comprimés enrobés à 100 mg - Boîte de 30.
- Comprimés enrobés à 200 mg - Boîte de 30.

COMPOSITION :

BEVIRAN® 100 mg :

Mébévérine chlorhydrate.....100 mg
Excipients q.s.p.....1 comprimé enrobé
Excipient à effet notoire : lactose.

BEVIRAN® FORT 200 mg :

Mébévérine chlorhydrate.....200 mg
Excipients q.s.p.....1 comprimé enrobé
Excipient à effet notoire : lactose.

PROPRIÉTÉS :

La Mébévérine est un antispasmodique musculotrope exerçant une action sélective sur les spasmes du tube digestif.

INDICATIONS :

Traitement symptomatique des douleurs et des troubles du tube digestif et des voies biliaires.

- Spasmes intestinaux, notamment du côlon (côlon irritable ou colopathies fonctionnelles) accompagnés de douleurs et éventuellement de diarrhées.
- Dyspepsies et ballonnements.

CONTRE-INDICATIONS :

- Hypersensibilité à la mébévérine ou à l'un des constituants.
- Enfants de moins de 6 ans, en raison du risque de fausse-route du comprimé.

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :

Se conformer strictement à la prescription médicale.

Adultes et enfants de plus de 6 ans :

D'une manière générale :

Enfants de 6 à 15 ans : 1 comprimé dosé à 100 mg
d'eau, de préférence avant les repas.

Enfants de plus de 15 ans et adultes : 1 comprimé
un grand verre d'eau, de préférence avant les repas.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT :

L'utilisation de BEVIRAN® est déconseillée pendant la grossesse.
L'administration se fera exceptionnellement et sous le contrôle du médecin traitant.

En cas de doute, demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

EFFETS INDÉSIRABLES :

Généralement réversibles à l'arrêt du traitement.

- Rarement : nausées, céphalées.
- Très rarement : éruptions cutanées avec ou sans prurit, réactions allergiques, notamment urticaire ou œdème de Quincke.

Tout autre effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice doit être signalé au médecin ou au pharmacien.

BEVIRAN® est un médicament. Ne pas laisser à la portée des enfants.

Liste II.

BEVIRAN® 100 mg Comprimés enrobés - Boîte de 30 : AMM N° : 1068DMP/21/AO.

BEVIRAN® FORT 200mg Comprimés enrobés - Boîte de 30 : AMM N° : 1315DMP/21/NNP.

Révision : JANVIER 2012



NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

Laroxyl 25 mg, comprimé pel. Amitriptyline



Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que LAROXYL 25 mg, comprimé pelliculé et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre LAROXYL 25 mg, comprimé pelliculé ?
3. Comment prendre LAROXYL 25 mg, comprimé pelliculé ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver LAROXYL 25 mg, comprimé pelliculé ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

1. **QU'EST-CE QUE LAROXYL 25 mg, comprimé pelliculé ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?**

60 comprimés pelliculés
quétiapine 100 mg
quétiapine fumarate équivalent
à 100 mg de quétiapine



Seroquel

Quétiapine 100 mg

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al ouam roches
noires casablanca

SEROQUEL

100mg

Cpr enr

Boîte de 60

269/16 DMP/21/NSF

P.P.V : 276,00 DH




AstraZeneca