

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

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## iologie 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.

## ique :

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.

## ntaire :

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

46082

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0023553

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	1146	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	1948
Nom & Prénom :		Ouhmi. Malika	
Adresse :		46 Rue Soltan El Aouda H Berchid	
Tél. :	06 11 89 27 51	Total des frais engagés :	318,6 Dhs

### Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :			
Date de consultation :	18/09/2020	Nom et prénom du malade :	SAIDANE Malika
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Angines aigües		
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) :



..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

..... / ..... / .....

## 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
18/09/2010	1C	av	150.84	<i>Dr. Ghamilia GHAMRADI Médecine Générale Echographie - 0522 32 65 59</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE 93 Bd MONTAIGNE Tel : 05 22 42 45 45</i>	18/09/10	158.60

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

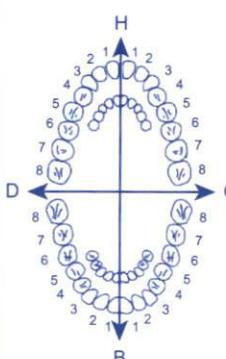
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

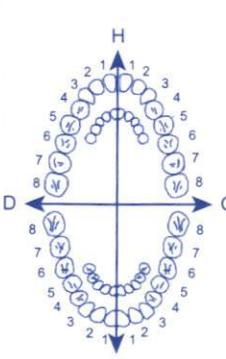
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX  MONTANTS DES SOINS  DEBUT D'EXECUTION  FIN D'EXECUTION  CCEFFICIENT DES TRAVAUX  MONTANTS DES SOINS  DATE DU DEVIS  DATE DE L'EXECUTION
				

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G 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

Lauréate de la Faculté  
de Médecine de Casablanca

Médecine Générale  
Echographie Générale

كلية الطب  
جامعة البيضاء  
طب العام  
طب الصدر

Berrechid, le .....

18/09/2020 بشير

SAIDANE Mahjoub

48€

1) Cotepred 20 cps  
3 cps le matin à jeun  
Pdt ej.

2) Andol C 4 eff  
1 cp x 3 ej . 3 j .

5€.10  
3) Oropropolis spray  
1 app x 2 ej .

5€.10  
4) Amodil 1g sp disp  
1 cp x 2 ej .

Dr. Soumia GHAMRAOUI  
Médecine Générale  
Echographie Générale

13, Bd Marrakech - BOURGEOIS

Tél.: 05 22 33 65 99

13، شارع مراكش - بورجواز

تيل: 05 22 33 65 99

برشيد - الهاتف : 05 22 33 65 99

OROPROPOLIS

SPRAY BUCCAL  
Oral Spray

LOT: 23207223  
PER: 07/2023  
FAC: 55.10 DHC

# Cotipred® 20 mg

Prednisolone

## COMPOSITION :

Prednisolone (Sous forme métasulfobenzoate indiqué) exprimé en ba-

Excipient q.s.p.....

Excipients à effet notoire : lactose, sorbitol (contenu dans

## PRESENTATION :

Boîte de 20 comprimés solubles effervescents avec t

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Ce médicament est un corticoïde.

Il est indiqué dans certaines maladies où il est utilisé

## CONTRE-INDICATIONS :

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans le

- la plupart des infections, - certaines maladies virales (varicelle, zona), - certains troubles mentaux non traités - allergie à l'un des constituants.

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE, sauf sur ordre du médecin, en association avec des médicaments pouvant donner certains troubles du rythme cardiaque (cf. Interactions médicamenteuses et autres interactions)

**EN CAS DE DOUTE IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

## MISES EN GARDE SPECIALES :

Ce médicament doit être pris sous stricte surveillance médicale.

## AVANT LE TRAITEMENT :

Prévenir votre médecin en cas de vaccination récente, en cas d'ulcère digestif, de maladie du côlon, d'intervention chirurgicale récente au niveau de l'intestin, de diabète, d'hypertension artérielle, d'infection (notamment antécédents de tuberculose), d'insuffisance hépatique, d'insuffisance rénale, d'ostéoporose et de myasthénie grave (maladie des muscles avec fatigue musculaire).

Prévenir votre médecin en cas de séjour dans les régions tropicales, subtropicales ou le sud de l'Europe, en raison de maladies parasitaires.

## PENDANT LE TRAITEMENT :

Eviter le contact avec les sujets atteints de varicelle ou de rougeole.

En cas de traitement prolongé, ne jamais arrêter brutalement le traitement mais suivre les recommandations de votre médecin pour la diminution des doses.

Sous traitement et au cours de l'année suivant l'arrêt du traitement, prévenir le médecin de la prise de corticoïde, en cas d'intervention chirurgicale ou de situation de stress (fièvre, maladie).

## PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Pendant le traitement, votre médecin pourra vous conseiller de suivre un régime, en particulier pauvre en sel. Tenir compte de la teneur en sodium (51 mg par comprimé).

**EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

## INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS :

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 et notamment des médicaments pouvant donner certains troubles du rythme cardiaque : astémizole, bépridil, erythromycine en injection intra-veineuse, halofantrine, pentamidine, sparfloxacine, sultopride, vincamine.

## GROSSESSE - ALLAITEMENT :

**GROSSESSE :** Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse qu'en cas de nécessité. Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité de poursuivre ce traitement.

**ALLAITEMENT :** L'allaitement est à éviter pendant le traitement en raison du passage dans le lait maternel.

PPV : 48DH50

PER : 04-23

LOT : J1305

bottu n° 2  
Casablanca - Ain Seba - Casablanca - Casablanca

**Cotipred® 20 mg**

prednisolone

20 comprimés effervescents sécables



6 118000 041016

الرجو الاتصال بالطبيب المعالج في أقرب وقت ممكن. اجنب  
في حال نسيان تناول اموكسيل:  
في حال نسيان تناول جرعة ما، تناولها حال تذكرك ايها.  
• لا تتناول الجرعة التالية في وقت قريب جداً، انتظر حوالي  
الجرعة الموقالية.  
لا تتناول جرعة مضاعفة لتعويض الجرعة التي نسيت تناولها  
في حال توقفك عن تناول اموكسيل:  
لا يوجد أي موضوع.  
إن كان لديكم أي سؤال آخر حول استخدام هذا الدواء، المرجع  
الصيني قد الحصول على المزيد من المعلومات.

**PPV : 55,00 DH**  
**LOT : 633367**  
**PER : 09/21**

**Amoxil** 500mg et 1 g comprimés dispersibles  
**moxil** 125 mg, 250mg et 500mg, poudre pour  
soluble dans 60 ml.  
**Amoxicilline**

**AMOXIL 1g**  
12 comprimés dispersibles



6 118000 160038

#### 5. REAGISSEZ SUR LES EFFETS INDESIRABLES ÉVENTUELS ?

5. Comment conserver AMOXIL ?

6. Contenu de l'emballage et autres informations.

#### 1. QU'EST-CE QUE AMOXIL ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

##### Classe pharmacothérapeutique

##### Qu'est-ce que AMOXIL ?

AMOXIL est un antibiotique. Le principe actif est l'amoxicilline, appartenant à un groupe de médicaments appelés « pénicillines ».

##### Dans quels cas AMOXIL est-il utilisé ?

AMOXIL est utilisé pour traiter des infections causées par des bactéries sensibles à ce médicament.

AMOXIL peut également être utilisé en association à d'autres médicaments pour traiter les ulcères de l'estomac.

#### 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE SUR AMOXIL ?

##### Ne prenez jamais AMOXIL :

- Si vous êtes allergique à l'amoxicilline, à la pénicilline ou à l'un des composants contenus dans ce médicament (mentionnés sur l'emballage).

- Si vous avez déjà présenté une réaction allergique à un autre médicament, y compris une éruption cutanée ou un gonflement du visage.

Ne prenez pas AMOXIL si vous êtes dans l'une des situations ci-dessous. En cas de doute, demandez conseil à votre médecin avant de prendre AMOXIL.

##### Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre AMOXIL.

##### Tests sanguins et urinaires

Si vous devez effectuer :

- Des analyses d'urine (dosage du glucose) ou des analyses de sang (examen du foie).

- Un dosage d'estradiol (utilisé pendant la grossesse pour déterminer si le développement est normal).

En cas de doute, demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre AMOXIL.

##### Informations pratiques

Informez votre médecin ou votre pharmacien que vous prenez AMOXIL.

##### Enfants

Sans objet.

##### Autres médicaments et AMOXIL :

Informez votre médecin si vous prenez, avez récemment pris ou allez prendre tout autre médicament.

- Si vous prenez de l'allopurinol (utilisé dans le traitement de l'arthrite goutteuse). Le risque de réaction cutanée allergique est plus élevé.

- Si vous prenez du probénécide (utilisé dans le traitement de l'arthrite goutteuse). Votre médecin peut décider d'ajuster la dose d'AMOXIL.

- Si vous prenez des médicaments destinés à empêcher la coagulation (tels que la warfarine), vous pourriez avoir besoin d'examens sanguins supplémentaires.

N200813-02