

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

phacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

aire :

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.

die 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'Hôpital 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)

Matricole : 10174

Société :

146031 Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom :

M'hamed m'hamed

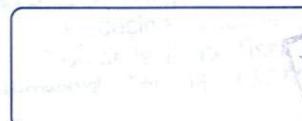
Date de naissance :

1962Adresse : Tunis 1 A. Ben Y. 22Tél. 06.69.33.41.06

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : M'hamed Hiba Age :

Lien de parenté :

 Lui-même Conjoint EnfantNature de la maladie : Bronchite

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 Honoriaires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
19-10-2020	Acte de soins	1	15000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE YASMINA 71 RUE BENOU NAFIS HAY Yasmina Berrechid Tél: 05 22 53 31 88	19/10/ 2020	206, 20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

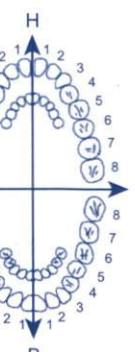
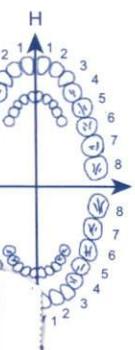
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan d'explorations.

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 00000000	21433552 00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX
D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
nnées	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
erlogie				
	HET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX			

الدكتور مشعل عبدالحق
الطب العام

شارع الحرية - حي التسيرة 1
برشيد - (قرب طاكسيات جقمقة)
الهاتف : 05 22 32 52 87

Docteur Abdelhak MECHAL
MEDECINE GENERALE

6, Bd. de la Liberté - Tissir 1
Berrechid (Prés des Taxis Jakma)
Tél : C : 05 22 32 52 87
INPE : 061098281

Nom :

Prénom :

Berrechid :

PHARMACIE YASMINA
77 BLU/ SNCU NAFIS
HAY Yasmina Berrechid
Tél: 05 22 33 31 88

PHARMACIE YASMINA
77 BLU/ SNCU NAFIS
HAY Yasmina Berrechid
Tel: 05 22 33 31 88

66, W x (2)

if ABY y a - 500 (S) V
58/H0 y / x 5 i
if sol med 20 (S) V
15/80 g / b x 8 t
if polip 140 500. (S) V
if 2006/20

PHARMACIE YASMINA
77 BLU/ SNCU NAFIS
HAY Yasmina Berrechid
Tél: 05 22 33 31 88

OP

AZIMYCINE 500 mg PROMOPHARM. Azithromycine dihydrate

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

Elle contient des informations importantes sur votre traitement et votre maladie.

Si vous avez d'autres questions, 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.

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT :

Dénomination :

AZIMYCINE 500mg PROMOPHARM, Comprimés enrobés.

Composition :

Azithromycine dihydrate

Exprimé en Azithromycine base..... 500 mg

Excipients :

- Excipients du noyau :

Phosphate de calcium anhydre, povidone, crospovidone, talc, laurylsulfate de sodium, stéarate de magnésium, cellulose microcristalline

- Excipients d'enrobage :

Hydroxypropylméthylcellulose, lactose monohydraté, talc, dioxyde de titane, parahydroxybenzoate de méthyle, propylène glycol 6000.

Forme pharmaceutique :

Comprimé enrobé. Boîte de 3.

2. QU'EST-CE QUEL CAS EST-IL UTILISE?

Classe

Ce mé

macro

Indic

Il es

bact

3. QU'EST-CE QU'AVANT

COMP

Ne pren

* si vous e

tout autre macro

* en cas d'association ave

(médicaments antimigraineux),

* en cas d'association avec le cisapride (médicament anti-reflux),

* en cas d'association avec la colchicine (traitement de la goutte),

* en cas d'insuffisance hépatique sévère.

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

Faites attention avec AZIMYCINE 500 mg PROMOPHARM comprimé enrobé:

Mises en garde spéciales :

Comme avec d'autres médicaments de cette famille d'antibiotiques, de rares manifestations allergiques graves ont été rapportées; aussi, toute réaction allergique (éruption cutanée, démangeaisons...) en cours de traitement doit être signalée immédiatement à un médecin.

AZIMYCINE 500 mg PROMOPHARM. Azithromycine dihydrate

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

Elle contient des informations importantes sur votre traitement et votre maladie.

Si vous avez d'autres questions, 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.

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT :

Dénomination :

AZIMYCINE 500mg PROMOPHARM, Comprimés enrobés.

Composition :

Azithromycine dihydrate

Exprimé en Azithromycine base..... 500 mg

Excipients :

- Excipients du noyau :

Phosphate de calcium anhydre, povidone, crospovidone, talc, laurylsulfate de sodium, stéarate de magnésium, cellulose microcristalline

- Excipients d'enrobage :

Hydroxypropylméthylcellulose, lactose monohydraté, talc, dioxyde de titane, parahydroxybenzoate de méthyle, propylène glycol 6000.

Forme pharmaceutique :

Comprimé enrobé. Boîte de 3.

2. QU'EST-CE QUEL CAS EST-IL UTILISE?

Classe

Ce mé

macro

Indic

Il es

bact

3. QU'EST-CE QU'AVANT

COMP

Ne pren

* si vous e

tout autre macro

* en cas d'association ave

(médicaments antimigraineux),

* en cas d'association avec le cisapride (médicament anti-reflux),

* en cas d'association avec la colchicine (traitement de la goutte),

* en cas d'insuffisance hépatique sévère.

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

Faites attention avec AZIMYCINE 500 mg PROMOPHARM comprimé enrobé:

Mises en garde spéciales :

Comme avec d'autres médicaments de cette famille d'antibiotiques, de rares manifestations allergiques graves ont été rapportées; aussi, toute réaction allergique (éruption cutanée, démangeaisons...) en cours de traitement doit être signalée immédiatement à un médecin.

Dolore®
500 mg
PARACÉTAMOL

COMPOSITION

Paracétamol
Excipients : acide urique, mannitol, saccharine sucre, bicarbonate de sodium, carbonate de sodium effervescent.

FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé effervescent - boîte de 16.

CLASSE PHARMACO-THÉRAPEUTIQUE

ANTALGIQUE / ANTIPYRÉTIQUE [N, Système DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT]

Ce médicament contient du paracétamol. Il est recommandé pour les maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, etc. Cette présentation est réservée à l'adulte et à l'enfant (soit environ à partir de 8 ans). Lire attentivement la rubrique "Posologie". Pour les enfants pesant moins de 27 kg, il existe d'autres présentations de paracétamol : demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants :

- allergie connue au paracétamol,
- maladie grave du foie.

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

MISES EN GARDE SPÉCIALES

En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une dose trop élevée, consultez immédiatement votre médecin.

Ce médicament contient du paracétamol. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée (cf. chapitre Posologie).

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou en cas d'efficacité insuffisante ou de survenue de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin.

En cas de maladie grave du foie ou des reins, il est nécessaire de consulter votre médecin avant de prendre du paracétamol.

En cas de régime sans sel ou pauvre en sel, tenir compte dans la ration journalière de la présence de sodium : 408 mg par comprimé.

EN CAS DE DOUCE, NE PAS HÉSITER À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

Signalez que vous prenez ce médicament si votre médecin vous prescrit un dosage du taux d'acide urique ou de sucre dans le sang.

AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS, SIGNALEZ SYSTÉMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS À VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN.

GROSSESSE - ALLAITEMENT

Le paracétamol, dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant la grossesse ainsi qu'en cas d'allaitement.

D'UNE FAÇON GÉNÉRALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT, DE TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MÉDICAMENT.

EXCIPIENTS DONT LA CONNAISSANCE EST NÉCESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS :



Solupred® 20 mg

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

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

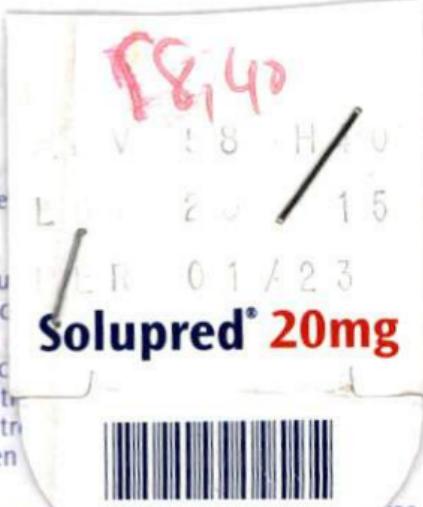
Composition

Métaulfobenozoate de prednisolone et de sodium quantité correspondant en prednisolone à ... 20 mg

Excipients : Acide tartrique, acide citrique anhydre, bicarbonate de sodium, benzoate de lithium, citron arôme naturel, saccharinate de sodium, silicone émulsion anti-mousse.

Chaque comprimé contient 50,80 mg de sodium.

Prednisolone
Comprimé effe



de tubercu
d'insuffisanc
myasthénie
fatigue musc
Prévenir vot
les régions tr
l'Europe, en
parasitaire.

La prise de ce m... avec le sultopride (un ~~medicament agissant sur le~~ système nerveux central) ou avec un vaccin vivant atténué est à éviter (voir rubrique "interactions médicamenteuses et autres interactions").

PENDANT ET APRES LE TRAITEMENT :

éviter 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,

Forme pharmaceutique et présentation

Comprimé effervescent (Elaçon (verre) de 20)