

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

### Radiologie 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

- Reclamation : 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



## Déclaration de Maladie

N° W19-539614

ND: 46599

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 9278		Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BENDOUKO MOUNA			
Date de naissance : 13/01/1969			
Adresse : Habituelle			
Tél. :		Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr MAMANI ORTHOPÉDOLOGUE AGDAL RABAT AGDAL RABAT Tél: 05 22 77 61 65			
Date de consultation : 27/01/2023			
Nom et prénom du malade : BENDOUKO MOUNA			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : INSUFFISANCE CARDIAQUE			
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 27/01/2023

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	
N° W19-539614	
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 : 9278	Nom de l'adhérent(e) : BENDOUKO MOUNA
Total des frais engagés : 393,00	Date de dépôt :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
27/03/20	CS		65	INP : <input type="checkbox"/>
				<i>Le 27/03/2020 à 14h00 à l'hopital de Lille</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Medi-Pharm SA Souscription 2020 Tél: 05 62 76 72 IMPE: 102015098 A</i>	27/08/2020	313,50

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

### **VIOLET ADHERENT**

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

## 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 de l'ODF.

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Cabinet d'Angiologie et d'Explorations Vasculaires

Dr Fatima LIAMANI

## Angiologue-Phlébologue

## Medecin vasculaire

## Maladies des Artères,des Veines et des Lymphatiques

## Echo-Doppler et Doppler couleur

## Traitement des Varices

Diplômée en Angeiologie de la F.D.M de Limoges(France)

Membre des Sociétés Françaises d'Angiologie et de Phlébologie.

RJ 27.08.2020

Paulo BENDOURO Moura

2011.3

- Daffodil 1000 :

My (j) de met (suas).

25100

Record 1 set

$\lambda_{eff} \times 2(j)$  (1 tube)

37,200

Dr. Axel

1982(j)(10j)

48,Avenue Fal Ould Oumeir ;2eme etage,N° 4;Agdal;Rabat .Tel:0537776165 ;Fax:0537776166

W.M. 313, Q

Av. Mehdi Beni Soussi, Tél.: 02 37 16 78 73  
INPE : 1020 1022

# daflon®

Comprimé pelliculé  
Fraction flavonoïque purifiée microni

L07133576  
EX 02/2022  
PDU 2017-30

204100

2. Pelliculé?  
3. Comm  
4. Quels  
5. Comm  
6. Contre  
1. QU'EST  
Classe p  
LAIRES/B  
Ce médic  
augment  
Ce médic  
daire.  
Si les tro  
médecin.  
2. QUEL  
COMPRIM  
Ne prene  
Si vous é

daflon® 1000 mg

30 comprimés pelliculés



6118000100393

contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6.

#### Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre Daflon 1000 mg, comprimé pelliculé  
Enfants

Sans objet

#### AUTRES MEDICAMENTS ET DAFLON 1000 MG, COMPRIMÉ PELLICULÉ

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

#### DAFLON 1000 MG, COMPRIMÉ PELLICULÉ AVEC DES ALIMENTS ET BOISSONS

Sans objet

#### GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous pensez être enceinte ou planifiez une grossesse,  
demandez conseil à votre médecin ou pharmacien avant de prendre ce médicament.

#### Grossesse :

Par mesure de précaution, il est préférable d'éviter l'utilisation de Daflon pendant la grossesse.

Allaiteme

# **VENOXYL**

## **GEL**

### **COMPOSITION :**

- Aqua
- Alcohol denat
- Carbomer
- Arachis Hypogaea
- Menthol
- Triethanolamine
- Benzophénone 4
- CI 42090-
- CI 19140



### **PROPRIETES :**

**VENOXYL GEL**, grâce à l'originalité de ses actions synergiques, lutte efficacement contre :

- lourdeur et pesanteur des jambes
- Sensation de chaleur des jambes
- Mauvaise circulation

**VENOXYL GEL** par son action décongestionnante apporte aux jambes fatiguées une sensation immédiate de fraîcheur, hydrate et redonne élasticité à la peau.

**DUOXOL® 500 mg/2 mg**  
Comprimé  
Boîte de 20  
Paracétamol - Th

- 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 à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez des réactions allergiques, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

**COMPOSITION :**

Paracétamol.....  
Thiocolchicoside.....  
Excipients : ..... q.s.p.  
Excipients à effet notoire : Amidon de blé, lactose.

**DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?**

Ce médicament est préconisé dans :

- Traitement symptomatique de la douleur d'origine rhumatismale ou musculaire.
- Traitement d'appoint des contractures douloureuses au cours :
  - des affections vertébrales dégénératives et des troubles statiques vertébraux
  - des affections traumatologiques et neurologiques (avec spasticité).

**ATTENTION !**

**DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?**

Ce médicament ne doit pas être utilisé en cas :

- d'hypersensibilité au thiocolchicoside ou au paracétamol,
- de grossesse,
- d'allaitement,
- d'insuffisance hépatocellulaire,
- d'hypersensibilité à l'un des excipients du produit,
- chez l'enfant de moins de 15 ans.

**MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI :**

- Chez les patients souffrant d'insuffisance hépatique et/ou rénale, d'affections cardiaques ou pulmonaires, éviter les traitements prolongés.
- Pour éviter le risque de surdosage au paracétamol, vérifier l'absence de paracétamol dans la composition d'autres médicaments.
- Le thiocolchicoside doit être administré avec prudence chez les patients épileptiques ou à risque de convulsions.
- En cas de diarrhée, prévenez votre médecin qui pourra éventuellement réajuster la posologie.
- Eventuellement, ingérer les comprimés avec un pansement gastrique.
- Ne pas dépasser la dose prescrite.
- Il est conseillé de consulter un médecin pour des traitements excédant 7 jours.

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

En raison de la présence de lactose, ce médicament est contre-indiqué en cas de galactosémie congénitale, de syndrome de malabsorption du glucose et de galactose, ou de déficit en lactose. L'amidon de blé peut provoquer des réactions allergiques chez les personnes allergiques au blé ainsi que des intolérances chez les personnes souffrant de maladies coeliaques.

**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. DUOXOL® peut augmenter la toxicité du chloramphénicol.

En cas de traitement avec des anticoagulants oraux, on peut l'administrer occasionnellement comme analgésique d'élection.

**Examens paracliniques :**

La prise de paracétamol peut fausser le dosage de l'acide urique sanguin par la méthode à l'acide phosphotungstique et le dosage de la glycémie par la méthode à la glucose oxydase-peroxydase.



**DUOXOL 500mg/2mg**

**20 comprimés**

