

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES RÉMBOURSEMENTS 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Nº W19-501776

55056

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	1825	Société :	Retraite
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	Sebsri Abdellah
Nom & Prénom : 1936			
Date de naissance :	1936	Adresse : Habtuelle	
Tél. :	061564793	Total des frais engagés : 1009,70 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :	Dr. Lamine Al Med. ABDALLAH Hépato - Gastroentérologue Rue Naneali Rés. Laâroussi 14 Tel : 05 27 64 56 12 - Settat		
Date de consultation :	11/11/2021		
Nom et prénom du malade :	Bensâmia Zoubida / pause Shâisia Age: 63ans		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Co (c) p. N.		
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
21/07/2014	es		200DH	INP : 102411747 D'81 Dr BERRADA M'hamed Hépato - Gastroentérologue Sanaa - Casablanca - Maroc

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Al Mandar Al Jami Lot 123456789 - Sanaa P... 123456789 - Lot 42	04/07/2014	669,20

ANALYSES - RADIographies

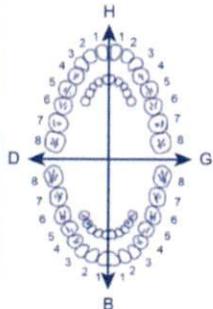
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

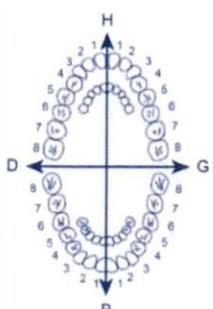
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

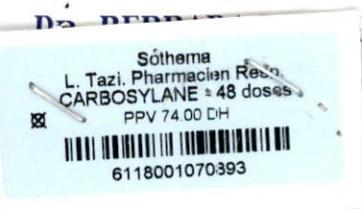
DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور برادة محمد أنوار

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي والكبد
الفحص بالصدري والمنظار الداخلي
جراحة المخرج (الدمى والبواسير)
طبيب سابق بمستشفى الحسن الثاني



NOUAR

et du foie
ale
e Anale)
ssan II



Settat, le ٤١٢١٢٦ سطات، في

Dr Berrada Zouhida épouse Shaini

567,00
٦١

Tribavirine forte

١٤ + ٣١,١ اور نف ٢٠٥.

74,00
٤

Carbonylana (GM)

٢٠١,٥٥
٣١,٧٠

zidron - ٣١,١ اور نف + ١٥

٣١,٧٠ Nodif Tang (ZB)

١٢٦,٨٠ ١٤١ بوكا اور نف - ٢٠٥
+ ٢٠٥

plus ١/٢ ٩/١ "

99,00
٦١

oeder tang

١٤١ - ٢٨

١١٣,٢٥
٥١

Ranopthen tang

١٤١ اور نف - ١٦

٦٥٩,٦١
٢٠

Ditropan

٥٥٢ ٦١
٢٠

٦٦٩,٢٠ ١٤ + ٣١,١ - ٢٠٥

OEDES 20mg

28 gélules

191738

07/2022

/ 99.00DH



6118001100088

Dr BERRADA Med. Anouar
Hepato-Gastroentérologue
Institut de la Santé et de la Recherche
Faculté de Médecine de Casablanca

رésidence Laâroussi n° 4, rue Hansali 1er étage, appt. 3 (à côté de « la Bel Vie ») - Settat - Tél.: 05 27 64 56 12

نقطة الدخولي الطابق 3 (جانب « la Bel Vie ») الهاتف: 05 27 64 56 12

PPV: 113 DH 70

RANCIPHEX® 20 mg
28 comprimés gastro-résistant

Voie orale



6 118 001 300808

Veuillez lire attentivement l'intégral médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir des questions.
- 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.

1. DENOMINATION

RANCIPHEX® 10 mg.

RANCIPHEX® 20 mg.

2. COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

RANCIPHEX® 10 mg.

La substance active est :

Rabéprazole sodique 10 mg

Pour un comprimé gastro-résistant.

RANCIPHEX® 20 mg

La substance active est :

Rabéprazole sodique 20 mg

Pour un comprimé gastro-résistant.

Les autres composants :

Mannitol, oxyde de magnésium, hydroxypropylcellulose faiblement substituée, hydroxypropylcellulose, stéarate de magnésium, éthylcellulose, phtalate d'hypromellose, monoglycérides diacétylés, talc, dioxyde de titane, oxyde de fer jaune.

3. FORME PHARMACEUTIQUE

Ce médicament se présente sous forme de comprimés gastro-résistants. Boîtes de 14, 28 et 56.

4. CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

Inhibiteur de la pompe à protons.

RANCIPHEX® contient la substance active rabéprazole sodique. Il appartient à un groupe de médicaments appelés «Inhibiteurs de la Pompe à Protons» (IPPs). Ils fonctionnent par diminution de la quantité d'acide produite par votre estomac.

5. INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

RANCIPHEX® est utilisé dans le traitement :

- Du «Reflux Gastro-Œsophagien» (RGO), qui peut inclure des brûlures d'estomac et remontent dans votre œsophage.
- Des ulcères de l'estomac ou de la partie supérieure de l'intestin. Si ces ulcères sont infectés par des bactéries appelées «Helicobacter Pylori» (H. Pylori), des antibiotiques vous seront prescrits. L'utilisation de comprimés de RANCIPHEX® en association à des antibiotiques élimine l'infection et permet la cicatrisation de l'ulcère. Cela empêche également l'infection et l'ulcère de se reproduire.
- Du syndrome de Zollinger-Ellison: lorsque votre estomac produit trop d'acide.

6. POSOLOGIE & MODE D'ADMINISTRATION

Instructions pour un bon usage

Prenez toujours RANCIPHEX® exactement comme votre médecin vous l'a indiqué. Si vous avez un doute, vous devez vérifier avec votre médecin ou avec votre pharmacien.

Prise de ce médicament

Retirez un comprimé de son emballage seulement au moment de prendre votre médicament.

- Avalez vos comprimés entiers avec un verre d'eau. N'écrasez pas et ne croquez pas les comprimés.
- Votre médecin vous dira combien de comprimés il faut prendre et pendant combien de temps. Cela dépendra de votre situation.

Si vous prenez ce médicament depuis longtemps, votre médecin voudra vous suivre régulièrement.

Posologie, Mode et/ou voie(s) d'administration, Fréquence d'administration et Durée du traitement

Adultes et personnes âgées

Pour le «reflux gastro-œsophagien» (RGO)

Traitement des symptômes modérés à sévères (RGO symptomatique)

- La posologie habituelle est de 1 comprimé de RANCIPHEX® 10 mg une fois par jour pendant 4 semaines.
- Prenez le comprimé le matin avant de manger.
- Si vos symptômes réapparaissent après 4 semaines de traitement, votre médecin peut vous dire de prendre 1 comprimé de RANCIPHEX® 10 mg selon vos besoins.

Traitement des symptômes plus sévères (RGO érosif ou ulcérateur)

- La posologie habituelle est de 1 comprimé de RANCIPHEX® 20 mg une fois par jour pendant 4 à 8 semaines.

- Prenez le comprimé le matin avant de manger.

NO-DEP® 50mg

30 cps pelliculés sécables



6 118000 050889

COMPOSITION**Sertraline chlorhydrate**

Excipients : Cellulose microcristalline, Amidon de maïs, Amyglycolate sodique, Stéarate de magnésium, Talc, HPMC E-15, Indigo carmine lake, Dioxyde de titane, Isopropanol isopropylique, Eau purifiée.

LOT : 296

PER : OCT 2022

PPV : 126 DH 80

Boîte de 15, 30 et de 60.

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Le composant actif de NO-DEP® est la sertraline. La sertraline appartient à un groupe de médicaments appelés Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine (ISRS); ces médicaments sont utilisés pour traiter la dépression et/ou des troubles anxieux.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

- Episodes dépressifs majeurs.
- Prévention des récidives d'épisodes dépressifs majeurs.
- Troubles panique, avec ou sans agoraphobie.
- Troubles obsessionnels compulsifs (TOC) chez l'adulte ainsi que chez les patients pédiatriques âgés de 6 à 17 ans.
- Trouble anxiété sociale.
- Etat de stress post-traumatique (ESPT).

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :**NO-DEP® 50mg**

Sertraline



NO-DEP® 50mg

60 cps pelliculés sécables



6 118000 050995

DT : 290

PER : JUL 2022

PPV : 201 DH 00

50 mg par comprimé.

te sodique, Stéarate de magnésium, T
purifiée.

le 60.

artient à un groupe de médicaments appelés Inhibiteurs Sélectifs de pour traiter la dépression et/ou des troubles anxieux.

ne chez les patients pédiatriques âgés de 6 à 17 ans.

dehors des repas.

~~MEBEVERINE FORTE~~

trenker

54,70

OT	200959
EXP	05 2025
P.V.	54.70

e chlorhydrate d
ue musculotrop
it sur ceux du c

Mébevépine Forte 135 mg
30 comprimés pelliculés



6 111000 020929

es du système digestif
colite régionale, troubles
ésie biliaire), ulcère de l'estomac et du du
(l'anamnèse) et inflammations aspécifique

3 fois par jour, de préférence vingt minutes a
né est atteint, la posologie peut, après quel

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

CARBOSYLANE, gélule

Charbon activé, siméticone

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

Vous devez toujours prendre ce médicament en suivant scrupuleusement les informations fournies dans cette notice ou par votre médecin, ou votre pharmacien.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information.
- 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.
- Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien après 10 jours.

Que contient cette notice ?

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

1. QU'EST-CE QUE CARBOSYLANE, gélule ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?

Si vous oubliez de prendre CARBOSYLANE, gélule :

Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oubliée de prendre.

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, *demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.*

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement