

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

- Réclamation : 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.

M23-003126

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2031 Société : ASL564
 Actif Pensionné(e) Autre : 156564
 Nom & Prénom : BENAMAR DINA
 Date de naissance : 23.57
 Adresse : 64, Rue Toussem Al Harramain 1er étage
Masrif Al Sabalan
 Tél. : 0662 373031 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BENAMAR DINA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

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 de déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CA SIA BLANCA

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
26/3/23	184,20	 

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 de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. A vertical arrow labeled 'H' points upwards, and a horizontal arrow labeled 'D' to the left and 'G' to the right, indicating the direction of orthodontic movement for specific teeth.

(Création, remont, adjonction)

7 Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET SACHEZ DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Date

24/03/23

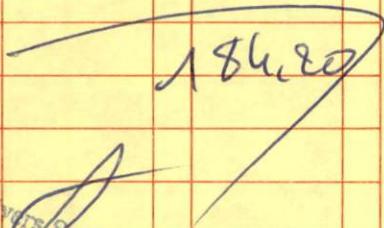
M.

Ben A Mar Drug

DOIT

MODE DE PAIEMENT : ESPECES CHEQUE TRAITE

DATE DE REGLEMENT : _____

Quantité	DESIGNATION	Prix Unitaire	Montant
1	Bread	59.30	
1	Tomato 20	82.10	
1	vitamin	28.80	
1	Doliprane	14.00	
			184.20
			
			
Pharmacie Université Santé Hichamet ALI 115, route Hassan II - Ouir Tel: 06 22 98 09 08 - Casa			
			
Record - Réf. F. 15 - Marque et modèle déposés			

SYNTHEMEDIC

22 rue de la brèche au bout des roches
noires carabinier

INEXIUM

20 mg

Cpr GR

Boîte 14

64015DMP/21/NRQ P.P.V : 82,10 DH

6 118001

020591

14

**INEXIUM® 20 mg,
comprimé gastro-résistant**
ésoméprazole

إينكسيوم® 20 ملغ ،
قرص صامد لحموضة
المعدة
ازومبرازول

AstraZeneca


 PPV
 LOT
 PER

28/80

زمات الألم.

11. زمات العصاتب، ومستعملو الألات.

 12. ما يزيد القائم به في حالة الإفراط في الجرعة:
 13. ما يزيد القائم به في حالة نسبان أو الإفراط في الجرعة:
 14. الحفظ.

 15. تتجاوزوا التابعين على الغلاف الخارجي
 16. يترك في متداول الأطفال

تاريخ المراجعة: مارس 2015

 مخابر سانتيفيديك
 22-20، زنقة الزبير بن العوام
 الدار البيضاء، المغرب

 4. الموصى:
 علاج البري بري،
 الولادة من نقص الفيتامين B1 الشائع عن انخفاض في
 القيمة المضمنة في المدار: سوء الاصحاص،
 زمات بالعنق، و

 5. الموصى:
 علاج البري بري،
 بذباب بنفوقها مدين إلى مجموعة الأدوية ذات التأثير على
 القيمة المضمنة في المدار: زمات بالعنق، و

 6. الموصى:
 علاج آخر تأخذونه
 مديلكم على أي علاج آخر تأخذونه
 مديلكم على أي علاج آخر تأخذونه

 7. الموصى:
 العصاتب

 8. الموصى:
 العصاتب

 9. الموصى:
 العصاتب

 10. الموصى:
 العصاتب

 11. الموصى:
 العصاتب

 12. الموصى:
 العصاتب

 APEN DEVILLE DEVILLE
 MEDICAMENTS IL FAUT SIGNALER DANS
 AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE

 2. COMPOSITION DU MEDICAMENT
 Composition qualitative et quantitative en substance(s) active(s)
 par unité de prise
 Béntonitine 100 mg

 3. COMPOSITION DU MEDICAMENT
 Composition qualitative et quantitative en substance(s) active(s)
 par unité de prise

 4. COMPOSITION DU MEDICAMENT
 Composition qualitative et quantitative en substance(s) active(s)
 par unité de prise

 5. COMPOSITION DU MEDICAMENT
 Composition qualitative et quantitative en substance(s) active(s)
 par unité de prise

 6. COMPOSITION DU MEDICAMENT
 Composition qualitative et quantitative en substance(s) active(s)
 par unité de prise

 7. COMPOSITION DU MEDICAMENT
 Composition qualitative et quantitative en substance(s) active(s)
 par unité de prise

 8. COMPOSITION DU MEDICAMENT
 Composition qualitative et quantitative en substance(s) active(s)
 par unité de prise

 9. COMPOSITION DU MEDICAMENT
 Composition qualitative et quantitative en substance(s) active(s)
 par unité de prise

 10. UTILISATIONS EN CAS DE GROSSESSE ET D'ALLAITEMENT
 Par mesure de précaution, il est préférable de ne pas utiliser ce

PPV: 14DH00
PER-01/25
LOT: L145

e® 1000mg
Comprimé



La substance active est du paracétamol 1000 mg, sous forme de paracétamol DC 90 (1111,11 mg), pour un comprimé.

Les autres composants sont : croscarmellose sodique, providone K30, amidon de maïs prégélatinisé, acide stéarique (origine végétale).

QU'EST-CE QUE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament contient du paracétamol. Il est indiqué en cas de douleur et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Il peut également être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose.

Cette présentation est réservée à l'adulte (à partir de 15 ans) :

Lire attentivement la rubrique "Posologie".

Pour les enfants de moins de 15 ans, il existe d'autres présentations de paracétamol. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

QUELLES SONT LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE PRENDRE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ?

Contre-indications :

Ne pas prendre DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé dans les cas suivants :
allergie connue au paracétamol, maladie grave du foie, enfant de moins de 15 ans.

PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ :

Précautions Particulières :

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.

Mises en garde :

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").

Grossesse et allaitement :

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



22/06
11/25
PPV 590H30

59,20

BREXIN®

comprimés effervescents

Piroxicam bêta-cyclodextrine

.....
cyclodextrine) 20 mg
.....
am) q.s.p.....
.....
..... 1 comprimé

du groupe des oxicams.

à l'enfant à partir de 15 ans au :

.....
ng cours :
es chroniques, notamment polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite ankylosante (ou

je syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter et rhumatisme psoriasique),

reuses et invalidantes.

courte durée des poussées aiguës des :
als que péri-arthrites scapulo-humérales, tendinites, bursites et affections aiguës post-

omoteur,

sthme déclenchés par la prise de piroxicam ou de substances d'activité proche telles que

olution, insuffisance hépatocellulaire sévère, insuffisance rénale sévère.

la présence de l'aspartam.