

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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° M21- 040562

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 839 Société : AGO 197

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RAHMOUNE FATMA EP ZIDANI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : 08/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

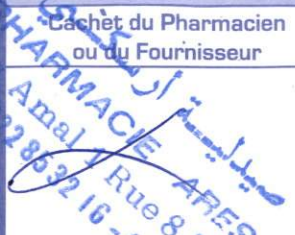
Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# RELEVÉ 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
	08.05.23	1013,60 DH

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

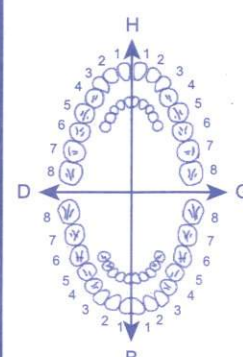
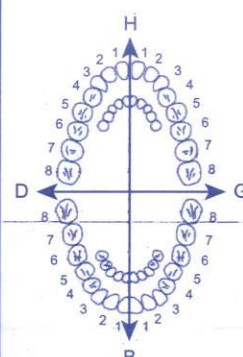
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H  25533412  00000000  D </div> <div> 21433552  00000000  G  00000000  35533411  B </div> </div> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE ARESKI

Dr. ARESKI YMANE

Page :1

FACTURE

N° FACTURE : 11

Date : 08/05/2023

Client :

RAHMOUNE FATIMA

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
TRIATEC 10 MG 30 COMP	2	207.00	414.00
LASILIX 40 MG 20 COMP	3	34.60	103.80
MIBRAL 5 MG 30 COMP	2	53.00	106.00
ZITHROMAX COMP	1	79.70	79.70
INEXIUM 40 MG / 14COMP	1	123.60	123.60
DOLICOX 90MG BTE/7 CPS	1	86.40	86.40
ENROUEX SIROP	1	59.50	59.50
METEOSPASMYL GELULES	1	40.40	40.40

صيدلية أرسكي  
PHARMACIE ARESKI  
Hay Amal 1 Rue 8 No 59  
Tél. 0522 85 32 16 - Casablanca

Total TTC = 1013.40

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : MILLE TREIZE DHS 40 CTS

صيدلية أرسكي  
PHARMACIE ARESKI  
Hay Amal 1 Rue 8 No 59  
Tél. 0522 85 32 16 - Casablanca

Bon rétablissement

HAY AMAL1 RUE 8 N° 59 DERB SULTAN CASABLANCA TEL: 0522 85 32 16

PATENTE : 33651246 ICE : 002976353000059



**DOLICOX** 90 mg

Etoricoxib



6 118000 041948

PPV: 86DH40  
PER: 10/25  
LOT: L3390-2

macien avant de prendre

- Si vous
- augmenta
- Faites att
- Adressez
- mg, gélule
- Problème
- Début de
- mental tels
- syndrome a
- tiques ».

En que ce syndrome n'apparaisse que rarement, il peut menacer le pronostic vital, **contactez votre médecin immédiatement**, car le traitement par FLUOXET

emblements, modifications de votre état

et importante agitation : il peut s'agir d'un

syndrome sérotoninergique » ou « syndrome malin des neurolep-

tiques ». Bien que ce syndrome n'apparaisse que rarement, il peut menacer le pronostic

vital, **contactez votre médecin immédiatement**, car le traitement par FLUOXET

**ENROUX<sup>®</sup> 125 ml**



6 111255 810406

LOT 101421/FC32  
PER 02/2025  
PPC 59,50

- Traitement en cours par le tamoxifène (utilisé dans le traitement du cancer du sein) : voir rubrique « Autres médicaments et FLUOXET 20 mg, gélules ».

- Impatiences, impossibilité de rester assis ou debout tranquillement (akathisie). Une augmentation des doses de FLUOXET peut aggraver ces symptômes.

**Mioral<sup>®</sup> 5 mg**

30 comprimés



6 118000 420170

53,00

si vous souffrez de dépression ou présentez un trouble anxieux, vous pouvez parfois avoir des idées d'auto-agression (agression envers vous-même) ou de suicide. Ces manifestations peuvent être majorées au début d'un traitement par antidépresseur, car ce type de médicament met du temps à agir, parfois 2 semaines ou plus.

Vous êtes particulièrement susceptible de présenter ce type de manifestations dans les cas suivants :

- si vous avez déjà eu des idées suicidaires ou d'auto-agression dans le passé.

- si vous êtes un jeune adulte. Les études cliniques ont montré que le risque de comportement suicidaire était accru chez les adultes de moins de 25 ans présentant une maladie psychiatrique et traités par antidépresseur.

En cas de survenue d'idées suicidaires ou d'auto-agression, **contactez immédiatement votre médecin ou allez directement à l'hôpital**.

Vous pouvez vous faire aider par un ami ou un parent, en lui expliquant que vous êtes dépressif ou que vous souffrez d'un trouble anxieux et en lui demandant de lire cette notice. Vous pouvez lui demander de vous signaler s'il pense que votre inquiète d'un changement dans votre

**METEOS<sup>®</sup> ASMYL<sup>®</sup> B 20 caps molles**

Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg

P.P.V. : 40,40 DH

Distribué par COOPER PHARMA

41, rue Mohamed Diouri - Casablanca



6 118001 100293

isque accru d'effets indésirables, tels que comportement hostile (principalement lorsqu'ils sont traités par cette classe) chez les enfants et adolescents âgés de 18 ans et plus. Le risque de comportement suicidaire est accru chez les enfants et adolescents âgés de 18 ans et plus. Le risque de comportement suicidaire est accru chez les enfants et adolescents âgés de 18 ans et plus. Le risque de comportement suicidaire est accru chez les enfants et adolescents âgés de 18 ans et plus.

Les données de sécurité d'emploi à long terme de FLUOXET, concernant la croissance, la puberté, le développement psychique, émotionnel et comportemental chez les patients de cette tranche d'âge sont limitées. Néanmoins, si vous êtes âgé de moins de 18 ans il est possible que votre médecin décide de vous prescrire FLUOXET si vous souffrez d'épisodes dépressifs modérés à sévères, en association avec une psychothérapie, si il/elle décide que c'est dans votre intérêt. Si votre médecin a prescrit FLUOXET à un patient de moins de 18 ans et que vous désirez en discuter, adressez-vous à lui. Vous devez informer votre médecin si l'un des symptômes énumérés ci-dessus apparaît ou s'aggrave chez un patient de moins de 18 ans prenant FLUOXET.

FLUOXET ne doit pas être utilisé chez les enfants de moins de 8 ans.

# FLUOXET® 20

## fluoxét

**TRIA TEC® Protect® 10mg**  
30 Comprimés



Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes pour vous.  
- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.  
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre pharmacien.  
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Il pourrait leur être nocif, même s'il est destiné à leur usage.  
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, consultez votre pharmacien. Il pourra aussi vous indiquer les autres informations.

**LASILIX 40MG**  
**20CP SEC**  
P.P.V : 34DH60  
LOT : 22E012  
PER : 07 2026



**LASILIX 40MG**  
**20CP SEC**  
P.P.V : 34DH60  
LOT : 22E012  
PER : 07 2026



**LASILIX 40MG**  
**20CP SEC**  
P.P.V : 34DH60  
LOT : 22E014  
PER : 07 2026



- soit un épisode dépressif, ou des troubles obsessionnels compulsifs,

53,00

**Mibral® 5mg**  
30 comprimés



personnes qui sont déprimées, qui souffrent de troubles obsessionnels compulsifs ou de boulimie ont des taux moins élevés de sérotonine que les autres. Le fonctionnement de FLUOXET et des autres ISRS n'est pas totalement expliqué mais ils pourraient aider à augmenter le taux de sérotonine dans le cerveau. Traiter ces maladies est important pour vous aider à vous sentir mieux. Si elle n'est pas traitée, votre maladie peut ne pas disparaître, peut s'aggraver et être plus difficile à soigner. Il est possible qu'il soit nécessaire que vous suiviez votre traitement pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois afin de s'assurer que les symptômes disparaissent.

### QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE FLUOXET 20 mg, gélules ?

Ne prenez jamais FLUOXET 20 mg, gélules :

- Si vous êtes allergique à la fluoxétine ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament mentionnés dans la rubrique 6. Si vous développez une éruption cutanée, un gonflement des lèvres, une difficulté à respirer, consultez immédiatement votre médecin.

**SYNTHEMEDIC**

22 rue zoubair benou al ouam roches noires casablanca

**INEXIUM**

40 mg

Cpr GR

Boîte 1

641/SDMP/21/NRQ P.P.V : 123,60 DH



**ZITHROMAX 600 mg**  
3 comprimés



6 118000 250500

intervalle de temps

UT.AV. : 07 2024

LOT N° : GM 3840

79 70