

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

M22- 0042219

A renvoyer avec ce document

Optique

Autres

Groupe 2085

RADIX 164036

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07560

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TREDANO Naima

Date de naissance : 19.03.1959

Adresse : Rue 232 N°213 Hax 177 Abdellah Ben

chock, Cetrd

Tél. : 06.683.19.1.80

Total des frais engagés : 475,110 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Khalid ZAOUDI
Anesthésiste - Réanimateur
10, Av 2 Mars Haddaoui II
Souscane - Tel: 022 21.21.28
3.50 - 5.50

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Tredano Naima Age:

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Colige néphroli

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

Fait à : Casab

Le : 20/10/2023

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
27/04/23	Ex		200	Dr. Elie Haddaouia Anesthésiste - Réanimateur Chaque Aun Chock 5-10, Av 12 Mars Haddaouia II Casablanca - Tel: 022 21.21.88 022 50.13.50 - Fax: 022 21.51.53

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/04/2022	7570

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	
 Praticien : 06 ELOS 7750 / 33000 Lapeyre, Séverine 06 10 42 00 33	29/04/23	injection IV				200

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.

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 21433552 00000000 00000000 D —————— G 00000000 00000000 35533411 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS
	G			DATE DU DEVIS
	B			DATE DE L'EXECUTION



مصحة عين الصقرين
CLINIQUE AIN CHOCK

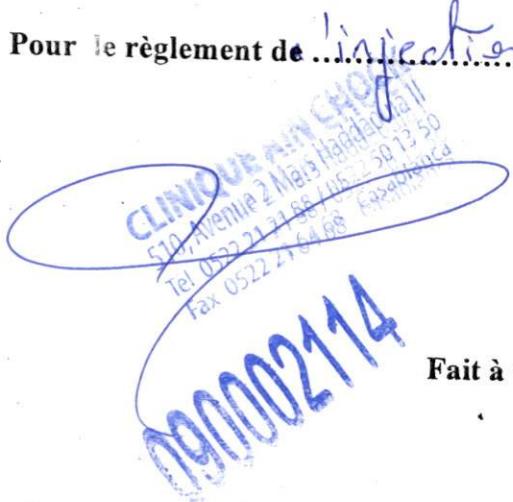
REÇU DE PAIEMENT

CLINIQUE AIN CHOCK reçu de :

Mr (Mme) Téedane Naima

La somme de Denar 2000 (Two thousand) en espèces

Pour le règlement de l'injection ✓



Fait à Casablanca, le 25/04/23



Clinique Ain Chock

ORDONNANCE

Casablanca, le 29.04.23

TREDANO

28,90

Spas. 3m
Santé

NTIMA

cp

14px

3ij

NY w

21

Dolipone
Vitamine



33,90

81

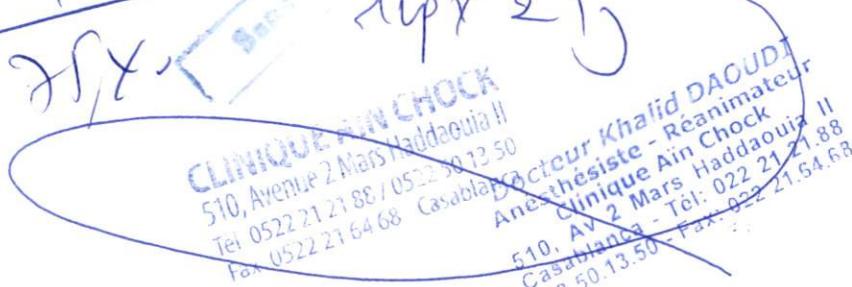
Profenol

14px 3B

Bmg

€ 25,81

14px 2ij



CLINIQUE AIN CHOCK
510, Avenue 2 Mars Haddaouia II
Tel: 0522 21 21 88 / 0522 50 13 50
Fax: 0522 21 64 68 Casablanca

Docteur Khalid DAAUDI
Anesthésiste - Réanimateur
CLINIQUE AIN CHOCK
510, AV 2 Mars Haddaouia II
Casablanca - Tel: 022 21 21 88
022 50 13 50 Fax: 022 21 64 68

Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL Comprimé

DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé :

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

Les autres composants sont : croscarmellose sodique, povidone 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 PARTICULIERES 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. Ne le prenez pas avec d'autres médicaments qui contiennent du paracétamol. Ne les associez pas. Ne dépassiez pas la dose quotidienne recommandée (cf. ci-dessous).

Grossesse et allaitement :

Le Paracétamol, dans les conditions recommandées, n'a pas d'effets délétères sur la grossesse ainsi qu'en cas d'allaitement.

PPV:14DH00

PER:01/26

LOT:M252



Profenid® 50 mg

Kétoprofène

Gélules

sanofi aventis

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

Elle contient des informations importantes sur votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, 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, car cela pourrait lui être nocif.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

a) Dénomination :

PROFENID® 50 mg, gélule.

b) Composition :

Kétoprofène 50 mg.

Excipients : lactose, stéarate de magnésium, oxyde de fer jaune (E 172), dioxyde de titane (E 171), gélatine, pour une gélule.

c) Forme pharmaceutique et présentation :

Gélule. Boîte de 24.

d) Classe pharmaco-thérapeutique :

ANTI-INFLAMMATOIRES, ANTIRHUMATISMAUX, NON STÉROÏDIENS

(M : Muscle et Squelette).

2. DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament contient un anti-inflammatoire non stéroïdien : le kétoprofène.

Il est indiqué, chez l'adulte (plus de 15 ans) :

- en traitement de longue durée de :

- certains rhumatismes inflammatoires chroniques,
- certaines arthroses sévères.

- en traitement de courte durée de :

- certaines inflammations du pourtour de
- certaines inflammations des articulations
- douleurs aiguës d'arthrose,
- douleurs lombaires aiguës,
- douleurs aiguës liées à l'irritation d'un nerf,
- douleurs et œdèmes liés à un traumatisme.

3. ATTENTION !

a) Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

au-delà de 5 mois de grossesse révolus (24 semaines d'aménorrhée),

antécédent d'allergie au kétoprofène ou à l'un des constituants du produit,

33,90

se aiguë,

