

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTRIVER 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.

## adiologie 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.

## éducation :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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

21208

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 21438 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : 2143801 K. Justapha

Date de naissance : 01-01-1955

Adresse : 201 boulevard Bloc E177 126 N° 3 H. 7

Coda

Tél. : 06-56-48-49-15 Total des frais engagés : +337,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27 JAN. 2023

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : My father

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sur un 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 : Coda

Le : 13/02/2020

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 JAN 2023	Je ABn			DR. BERNARD MEDIOS CLINIC DOCTEUR BERNARD MEDIOS 022 60 10 69 - Casablanca

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Docteur en Pharmacie Dr Lamani - Bloc 1 Ain Sebaa - Casablanca Tél: 0522 63 64 86	27/01/2020	187,20

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## 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

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)  
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. BERRADA Mohamed

MEDECINE GENERALE

ANCIEN RESIDENT DES HOPITAUX  
DE RHUMATOLOGIE DE LILLE

BLOC EL KODIA N°101 Av.(E) N° 3

HAY EL MOHAMMADI - CASABLANCA

Tél. : 0522 60 16 69

الدكتور براوه محمد  
الطب العام

مقيم سابقا بمستشفيات ليل

بلوك الكدية رقم 101 شارع E الرقم 3

الحي المحمدى - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 60 16 69

MARZOUK Mustapha Casablanca le, ..... le .....  
27-01-20

84,50

profenid lp 200 1cp/j

S.V.



26,30

algantil 2 applic/j

S.V.

28,10

Nodol codeine 3cp/j

S.V.

48,40

gaviscon susp 3 c soupe/j

S.V.

187,20

S.P.

Dr. BERRADA Mohamed  
MEDECINE GENERALE  
ANCIEN RESIDENT DES HOPITAUX  
DE RHUMATOLOGIE DE LILLE  
Tél. 0522 60 16 69 - Casablanca

Pharmacie EL HAY  
ALIRHILI DRISS  
Docteur en Pharmacie  
jar Lamane, Bloc P N°8, H.M  
Atm Sebaa -Casablanca  
Tél: 0522 63 64 86



غافيسكون مزيل ملمس الشرب في قارورة سعة 150 مل  
التركيبة:

الجينات الصوديوم ----- 10 غ

بيكريلونات البروتاسيوم ----- 2 غ

السواغات: إك. إل. جرعة واحدة من 100 مل

قلمة السواغات ذات التأثير الملحوظ

بارهيدروكسيبيتروات المتبول و البروبيل.

دواعي الاستعمال:

يُوفِر غافيسكون أفالس تخفيف سريعة ، تدوم طويلاً، ضد حرقة المعدة و ضرر الهضم.

طريقة الاستعمال:

عن طريق الفم.

يمزج جيداً قبل الشرب.

لا تتركه في متناول الأطفال.

يتم التخزين في درجة حرارة تقل عن 30 مئوية.

لا يجب الحفاظ على القارورة لمدة تزيد عن 6 أشهر.

DISPONIBLE EN PHARMACIE  
UNIQUEMENT

غافيسكون ادفانس  
**GAVISCON**

**ADVANCE**

**AROME ANIS**

**SOULAGEMENT RAPIDE ET PUISSANT**

• حرقة المعدة و ضرر الهضم

• تركيبة بقرة اضافية

• فرموله اضافية

• تدوم طويلاً

• إfect Longue Durée

Bien agiter avant usage. Ne pas réfrigérer.  
Tenir hors de portée des enfants.

Fabricant titulaire de license au Royaume Uni:  
Reckitt Benckiser Healthcare (UK) Ltd, Hull, HU8 9JS.  
Gaviscon Advance, l'épée et le cercle sont des  
marques de commerce.

Utiliser dans les 6 mois après ouverture.

AMM N°205/15 DMP/21/NNP

PPV: 48 DH 40

BN



919784  
DOM: 06/2019  
06/2021

BN

3035049

EXP



Soulever ici. Ne pas enlever.

e 150ml

خالي من السكر

نكهة البنفسنجون

# Profenid® L.P. 200 mg

Kétoprofène

Comprimés enrobés

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® L.P. 200 mg.

### **b) Composition :**

Kétoprofène ..... 200 mg.

Excipients : hydrogénophosphate de calcium, hydroxyéthylcellulose, stéarate de magnésium, acétylphtalate de cellulose, phthalate de diéthyle, pour un comprimé enrobé à libération prolongée.

### **c) Forme pharmaceutique et présentation :**

Comprimé enrobé à libération prolongée. Boîte de 14.

### **d) Classe pharmaco-thérapeutique :**

ANTI-INFLAMMATOIRES, ANTRHUMATISMES, NON STÉROIDIENS

(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.

## **3. ATTENTION !**

### **a) Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament**

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE

- au-delà de 5 mois de grossesse révolus (24)
- antécédent d'allergie au kétoprofène ou à
- antécédent d'asthme déclenché par la prise d'autres anti-inflammatoires non stéroïdiens,
- hémorragie gastro-intestinale, hémorragie cérébrale
- ulcère de l'estomac ou de l'intestin en cours,
- maladie grave du foie,

74,50



# ALGANTIL®

(Ibuprofène)

## FORME PHARMACEUTIQUE ET PRÉSENTATIONS

Gel dosé à 5 % pour application locale en tubes de 25 g, 50 g et 100 g

## COMPOSITION CENTESIMALE

Ibuprofène (DCI)..... 5 g

Excipient : ..... q.s.p. 100 g

## CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Ce médicament contient un anti-inflammatoire non stéroïdien.

## DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

Il est indiqué, chez l'adulte (plus de 15 ans), en traitement local de courte durée :

- des traumatismes bénins de type entorse bénigne, contusions,
- des tendinites (inflammation des tendons)

## DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

N'utilisez jamais Algantil® gel dans les cas suivants :

- à partir du 6<sup>ème</sup> mois de la grossesse.
- antécédent d'allergie à ce médicament ou à un médicament apparenté, notamment autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, aspirine,
- antécédent d'allergie à l'un des excipients,
- peau lésée, quelle que soit la lésion : lésions suintantes, eczéma, lésion infectée, brûlure ou plaie.

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

## MISES EN GARDE SPÉCIALES ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

Faites attention avec Algantil® gel :

- Ne pas appliquer sur les muqueuses, ni sur les yeux.
- L'apparition d'une éruption cutanée après application du gel impose l'arrêt immédiat du traitement.
- En cas d'utilisation fréquente par un professionnel de santé, le port de gants est recommandé.

Respecter les conseils d'utilisation :

- Ne jamais appliquer une dose supérieure à celle qui est recommandée.
- ne pas appliquer sur une surface étendue du corps.
- respecter la fréquence et la durée de traitement.

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

## INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

Prise ou utilisation d'autres médicaments

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

## GROSSESSE ET ALLAITEMENT

### Grossesse

Ce médicament ne sera utilisé pendant les 5 PREM. conseils de votre médecin.

A partir du 6<sup>ème</sup> mois de la grossesse, vous ne VOUS-MÊME ce médicament. Bien que le passage générale soit faible, il ne peut être exclu. Dans ce cas, l'enfant pourrait avoir des conséquences graves, notamment rénale, et cela, même avec une seule application.

### Allaitemt

Les A.I.N.S passant dans le lait maternel, par mesure de sécurité, ne pas administrer chez la femme qui allaita.

D'UNE FAÇON GÉNÉRALE, IL CONVIENT AU CAS L'ALLAITEMENT DE TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MÉDICAMENT.

COMMENT UTILISER CE MÉDICAMENT ?

La posologie usuelle est de 1 application, 3 fois par jour.

ALGANTIL®

PPV 26DH30  
EXP 05/2022  
LOT 94013 1