

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.

Diagnostic 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

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 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° P19-0026494

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2438 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Zezak Justapha

Date de naissance : 21-01-1955

Adresse : 100 Avenue Bloc E111 126 N° 3 H. 2

Casa

Tél. : 06-86-48-49-15 Total des frais engagés : +337,20+ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27 JAN. 2020

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 au 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 : Casa Le : 13/02/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
27 JAN. 2023				Dr. BERRADI AMMOCLE GENESEE DE 8741 13000 30000000 Tél: 0522 60 10 69 - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

27/01/2023

187,20

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

AM

PC

IM

IV

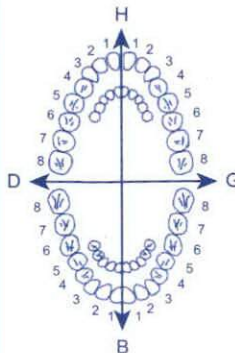
Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ 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 canaux, 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		

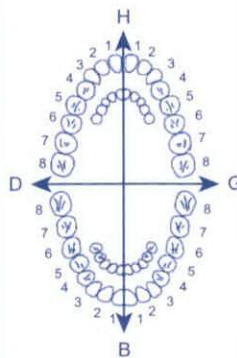
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G 00000000
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, 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 برادة محمد

الطب العام

مقيم سابقا بمستشفيات ليل

بلوك الكدية رقم 101 شارع E الرقم 3

الحي المحمدي - 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 2applic/j

(S.V.)

28,00

Nodol codeine 3cp/j

(S.V.)

48,40

gaviscon susp 3 c soupe/j

(S.V.)

(S.P.)

187,20

Pharmacie EL HAY
AITIRHLI DRISS
Docteur en Pharmacie
par Lamane, Bloc P N°6, H.M
Ain Sebba - Casablanca
Tél: 0522 63 64 86

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



غافيسكون مزيج معلق للشرب في قارورة سعة 150 ملل

التركيب:

الحبيبات الصوديوم ----- 10 غ

بيكربونات البوتاسيوم ----- 2 غ

المواغات: لكل دبل جرعة واحدة من 100 ملل

قيمة المواغات ذات التأثير الملحوظ:

باريهيدروكسيتيزولات المعنيل و البروبيل.

دواعي الإستعمال:

يؤخر غافيسكون انقراض تقطعية سريعة ، تدوم طويلا ضد

حرقة المعدة و عسر الهضم.

طريقة الاستعمال:

عن طريق الفم.

يجرك جيدا 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

• Brûlures d'estomac & indigestion • حرقة المعدة وعسر الهضم

• Formule extra puissante • تركيبة بقوة اضافية

• Effet Longue Durée • تدوم طويلا

خالى من السكر

نكهة الليمون

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

Fabricant titulaire de licence au Royaume Uni:
Reckitt Benckiser Healthcare (UK) Ltd, Hull, HU8 0S.
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

EXP

3035049



Soulever ici. Ne pas enlever.

e 150ml

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, acétylphthalate 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, ANTIRHUMATISMAUX, NON STEROÏDIENS
(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 ÊTRE UTILISÉ :

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



74150

ALGANTIL®

(Ibuprofène)

FORME PHARMACEUTIQUE ET PRESENTATIONS

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 MEDICAMENT ?

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 MEDICAMENT ?

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

- à partir du 6^{ème} 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 MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS 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 :

- Je 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 MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES 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 PREMIERS TRIMESTRES de la grossesse. Suivez les conseils de votre médecin.

A partir du 6^{ème} mois de la grossesse, vous ne devez pas utiliser VOUS-MÊME ce médicament. Bien que le passage du médicament à l'enfant par la voie placentaire soit faible, il ne peut être exclu. Dans ce cas, l'enfant pourrait avoir des conséquences graves, notamment une insuffisance rénale, et cela, même avec une seule application.

Allaitement

Les A.I.N.S. passant dans le lait maternel, par mesure de précaution, ne doivent pas être administrés chez la femme qui allaite.

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

COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?

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

ALGANTIL®

PPV 26DH3D
EXP 05/2022
LOT 94013 1