

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## biologie 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.

## cique :

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.

## ntaire :

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

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 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10260 Société : RAM ST 841

Actif

Pensionné(e)

Autre :

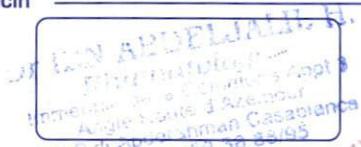
Nom & Prénom : Harchache Abdellah

Date de naissance : 02/05/1960

Adresse : N 13 Bloc 102 DR Aoul - H. Hach

CASA  
Tél. : 0662 468467 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : Harchache Abdellah Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint.

Enfant

Nature de la maladie : Devise



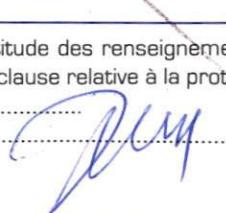
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

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 : 01/01/2011

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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 28/1/21         | C2                |                       | 250,00                          | DR. SIDI ABDERRAHMANE BEN HASSAN<br>FATIMA BEN HASSAN<br>HASSAN BEN SIDI ABDERRAHMANE<br>AUGUSTE HASSAN BEN SIDI ABDERRAHMANE<br>BND SIDI ABDERRAHMANE BEN HASSAN<br>TEL 0522 89 38 88/95 |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
|  | 28/01/21 | 14320                 |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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 d

| SOINS DENTAIRES              | Dents Traitées | Nature des Soins                             | Coefficient |                         |
|------------------------------|----------------|--|-------------|-------------------------|
|                              |                |  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                              |                |  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                              |                |  |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|                              |                |  |             | FIN D'EXECUTION         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES |                | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE |             |                         |

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr. Houda IBN ABDELJALIL

Rhumatologue

Spécialiste des Maladies des Os et Articulations

الدكتورة هدى بن عبد الجليل

اختصاصية في أمراض العظام و المفاصل

Nom et Prénom :

Ms Houda bint Abdellah

Casablanca le : 28/11/21

1) Break op eff



1app 1j

10)

REVEAL SARL  
PHARMACIE CHIFA  
M. TAHIRI HASSANI +  
10 Ave. Afghanistan  
Hay Hassani - Casablanca  
Tel: 0522 90 32 63. Fax: 0522 90 46 04

5920

2) Newflex gel fores

1app - 21j

83.90

15j



**MFD**

**LOT**

01/24

02/20



New Care AG, CH-4452 Lingen  
EU Office: Kreillerstr. 65, 8053 München / Germany

**SOPHARM**  
Société d'Optique et de Pharmacie  
83.90 DH

DR HOUDE IBN ABDELJALIL  
Angle Route D'Azemmour & Bd Sidi Abderahmane, Imm. de la Commune, Appt. 3, 3ème étage - Casablanca  
Name: Dr. Houda bint Abdellah  
Address: Angle Route D'Azemmour & Bd Sidi Abderahmane, Imm. de la Commune, Casablanca  
Appt. 3  
Phone: 0522 89 38 88 /95  
Email: ibnabdeljalilhouda@yahoo.fr



Angle Route D'Azemmour & Bd Sidi Abderahmane, Imm. de la Commune, Appt. 3, 3ème étage - Casablanca



05 22 89 38 88 /95



ibnabdeljalilhouda@yahoo.fr

# BREXIN® comprimés effervescents

## Piroxicam bêta-cyclodextrine

### Composition :

Piroxicam .....

(sous forme de piroxicam bêta-cyclodextrine)

Excipients (dont lactose et aspartam) q.s.p..

### Propriétés :

Anti-inflammatoire non stéroïdien du groupe des oxicams.

### Indications :

Elles sont limitées chez l'adulte et l'enfant à partir de 15 ans au :

Traitement symptomatique au long cours :

- des rhumatismes inflammatoires chroniques, notamment polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite ankylosante et syndromes apparentés, tels que syndrome de Fiebinger-Leroy-Reiter et rhumatisme psoriasique),
- de certaines arthroses douloureuses et invalidantes.

Traitement symptomatique de courte durée des poussées aiguës des :

- rhumatismes ab-articulaires tels que péri-arthrites scapulo-humérales, tendinites, bursites et affections traumatiques de l'appareil locomoteur,
- arthrites microcristallines,
- arthroses,
- radiculalgies.

### Contre-indications :

Antécédents d'allergie ou d'asthme déclenchés par la prise de piroxicam ou de substances d'activité proche d'autres AINS, aspirine.

Ulcère gastroduodénal en évolution, insuffisance hépatocellulaire sévère, insuffisance rénale sévère.

Enfants (moins de 15 ans).

Phénylcétonurie du fait de la présence de l'aspartam.

Femme enceinte (à partir du 6<sup>me</sup> mois).

En association avec les anticoagulants oraux, autres AINS.

### Effets indésirables :

Les plus fréquents sont les suivants :

Effets gastro-intestinaux comme : anorexie, pesanteurs épigastriques, nausées, vomissements, constipation, abdominale, flatulences, diarrhées, ulcères.

Réactions d'hypersensibilité : dermatologiques, respiratoires et générales.

Effets sur le système nerveux central : céphalées, somnolences et vertiges.

Réactions cutané-muqueuses : éruption, prurit, rares cas de photosensibilisation, stomatites.

Enfant de moins de 15 ans : exceptionnelles infections graves de la peau en cas de varicelle rapportées.

### Précautions d'emploi :

Les patients présentant un asthme associé à une rhinite chronique, à une sinusite chronique et / ou à une polypose nasale, ont un risque de manifestation allergique lors de la prise d'aspirine et / ou d'AINS plus élevé que le reste de la population. L'administration de cette spécialité peut entraîner une crise d'asthme.

En cas d'hémorragie gastro-intestinale ou d'une manifestation cutanée ou muqueuse, interrompre immédiatement le traitement.

Il n'est pas recommandé d'utiliser ce médicament chez les patients présentant une allergie à l'aspirine. Dans ce cas, ce médicament



09365

Casablanca le, 28/01/2021

Patient : HARCHACHE Abdellah

Médecin traitant : **IBNABDELJALIL Houda**

**Rx DE L'EPAULE GAUCHE**  
**DE FACE**

- ❖ Discret remaniement du trochiter.
- ❖ Ceintre omo-huméral concervé.

Confraternellement

**Dr H. IBNABDELJALIL**



A handwritten signature in black ink, appearing to read "DR H. IBNABDELJALIL" followed by a date and some Arabic text.

Casablanca le, 28/01/2021

## FACTURE

**NOM ET PRENOM : M<sup>r</sup>, HARCHACHE Abdellah**

**EXAMEN FAIT : Rx de L'EPAULE GAUCHE DE FACE**

**MONTANT GLOBAL : 200,00 DHS**

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :**

**« DEUX CENT DIRHAMS ».**

Dr Houda IBNABDELJALIL  
Rhumatologue  
Immeuble de la Commune Appt N° 3-  
Angle Route d'Azemmour & Bd Sidi Abderrahmane  
3<sup>ème</sup> Etage Casablanca Tél : 0522893888/FAX : 0522893895  
Patente : 35023738 – IF : 40264081 – RC : 610508 – ICE : 002189831000040.