

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

### 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.

### 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 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0009085

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10260 Société : RAM (SF 841)

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HARCHACHE ABDELKHALIL

Date de naissance : 07/05/1960

Adresse : N 13 Bloc 102 DR. Aoul - A. Hassan

Tél. : 0662 468467

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : HARCHACHE ABDELKHALIL Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Douleurs épaules gauche

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 : 07/02/21


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
28/1/21	C2		250,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/01/21	14320

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	28/1/21	Rx epaules faco	-200,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

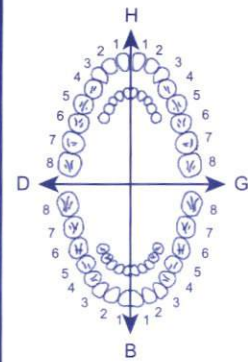
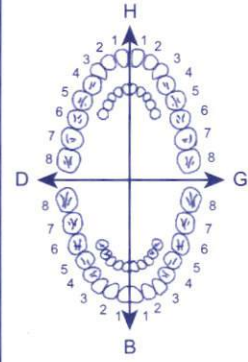
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu 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 canalaires, ainsi que le bilan d

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	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										

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 ابن عبد الجليل

اختصاصية في أمراض العظام و المفاصل

Nom et Prénom :

Yf Haecleche Abdelhal

Casablanca le : 28/1/21

1) Brean cp eff  
(SV) 1cp 1j

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

5920

10j

2) Newflex gel fraes  
(SV) 1app - 2/1j

8390

15j



New Care AG, CH-4452 Jingen  
EU Office: Kreilstr. 65, 8200 München / Germany

MFD 02/20 LOT 01/24 200216

7 640127 792025

SOPHARM  
83.90 DH

14320

Dr. Houda IBN ABDELJALIL  
Imm. de la Commune, Appt. 3, 3ème étage - Casablanca  
Bd Sidi Abderahmane, Casablanca  
Tel: 0522 89 38 88 / 95

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](mailto: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 ankylosantes apparentés, tels que syndrome de Fiessinger-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 autres AINS, aspirine.

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

Enfants (moins de 15 ans).

Phénylketonurie du fait de la présence de l'aspartam.

Femme enceinte (à partir du 6<sup>ème</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, abdominales, flatulences, diarrhées, ulcères.

Réactions d'hypersensibilité : dermatologiques, respiratoires et générales.

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

Réactions cutanéo-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.

En cas d'asthme, des réactions allergiques ou d'asthme liées à une allergie à l'aspirine. Dans ce cas, ce médicament

بموجب وصفة طبية  
مصر - القاهرة  
مركز دواء مصر  
مصر - القاهرة

بموجب وصفة طبية  
مصر - القاهرة

مصر - القاهرة

بموجب وصفة طبية  
مصر - القاهرة

بموجب وصفة طبية  
مصر - القاهرة



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 conservé.

Confraternellement

**Dr H. IBNABDELJALIL**

  
IBNABDELJALIL H.  
Rhumatologue  
Immeuble de la Commune Appt 3  
Angle Route d'Azemmour  
& Bd Sidi Abderrahman Casablanca  
Tél : 0522 89 38 85/95

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 ».**

*(Stamp and signature area)*  
Dr. Houda IBNABDELJALIL  
Rhumatologue  
Immeuble de la Commune Appt N° 3-  
3<sup>ème</sup> Etage Casablanca  
Angle Route d'Azemmour & Bd Sidi Abderrahmane  
Sidi, 1522, 69 38 88/95