

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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.

RAS : 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° M21- 0021785

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

69976

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7155

Société : RAN

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Gohi ANRED

Date de naissance : 09/07/1968

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 0635738080

Total des frais engagés : 489,4 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

MEDECIN EXPERT
Dr. CHAFIK FOUAD
Bd Oued : Am Elrabi
Rue 69 N 4 Dula
Tél: 0522 90 3 65

Date de consultation : 16/09/21

Nom et prénom du malade : CHAFIK FOUAD

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 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
06/12/19			11000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/11/21	339,40

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
		A M	P C	I M	I V	

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

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

EXPERT ASSEMENTÉ PRÈS LES TRIBUNAUX
Diplômé de l'Université de Montpellier 1
PRÉVENTION ET DÉPISTAGE EN GYNÉCOLOGIE
ÉCHOGRAPHIE

خبير محلف لدى المحاكم
خريج جامعة مونتبيليي 1
الفحص بالصدى

Casablanca, le :

16/04/11

CHAFIK FOUAD

13450

- Alcorax 120



148,00

18/11 midi 4h

5690

+ Felde suppo

14800

- Carbox 80/11, v

CSL

33940



Package leaflet: Information for the user

ARCOXIA® 30 mg film-coated tablets
ARCOXIA® 60 mg film-coated tablets
ARCOXIA® 90 mg film-coated tablets
ARCOXIA® 120 mg film-coated tablets

Etoricoxib

Read all of this leaflet carefully before you start taking this medicine because it contains important information for you.

- Keep this leaflet. You may need to read it again.
- If you have any further questions, ask your doctor or pharmacist.
- This medicine has been prescribed for you only. Do not pass it on to others even if their signs of illness are the same as yours.
- If you get any side effects, talk to your doctor or pharmacist. This includes any side effects not listed in this leaflet. See section 4.

What is in this leaflet?

Arcoxia 120 mg
7 comprimés
P.P.V.: 134,50 DH
Distribué par MSD Maroc
AMM 448/16DMP/21/NT0



6 118001 160068

Feldène®



(Piroxicam)

Gélule et Suppo

Le FELDENE est le N - (pyridinyl - 2) hydroxy - 4 méthyl - 2 H benzothiazine - 1,2 dioxide - 1,1 carboxamide - 3.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Feldène est utilisé pour soulager certains symptômes de l'arthrose (maladie dégénérative des articulations), de la polyarthrite rhumatoïde et de la spondylarthrite ankylosante (affection rhumatologique de la colonne vertébrale), tels que le gonflement, la raideur et la douleur articulaire. Il ne guérit pas l'arthrose et vous soulagera uniquement, aussi longtemps que vous continuerez à le prendre.

Votre médecin ne sera amené à vous prescrire du piroxicam qu'en cas de symptômes insuffisamment soulagés avec d'autres anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).

CONTRE-INDICATIONS

- Allergie avérée au FELDENE, aux substances d'activité proche et à l'acide acétylsalicylique.
- Ulcères gastro-duodénaux en évolution.
- Grossesse.
- Enfants de moins de 15 ans.

PRECAUTIONS

- En cas d'antécédents digestifs (ulcère, hernie hiatale...).
- en cas de prise concomitante d'un autre médicament (aspirine, anti-coagulant...),
- en cas de grossesse ou d'allaitement,
- prévenir votre médecin traitant.

MISE EN GARDE

En cas de manifestation cutanée, arrêter le traitement et consulter votre médecin traitant.

POSOLOGIE ADULTES - MODE D'EMPLOI

Se conformer strictement à la prescription médicale.

Sauf avis contraire du médecin, la posologie usuelle est de 20 mg par jour en une seule prise, sous forme de gélules ou de suppositoires,

- soit : 2 gélules à 10 mg au cours d'un repas,
- soit : 1 suppositoire à 20 mg, de préférence le soir.

PRESENTATIONS

- FELDENE 10 mg gélules.
- Boîte de 20 gélules dosées à 10 mg
- FELDENE 20 mg gélules.
- Boîte de 15 gélules dosées à 20 mg
- FELDENE 20 mg suppositoires.
- Boîte de 10 suppositoires dosés à 20 mg

® Marque de Pfizer Inc.

LOT N° :

UT.A. :

FELDENE®
20mg PIROXICAM

P.P.V :

56,90

09366045/7

LABORATOIRES PFIZER S.A.
Route de Oualidia EL JADIDA