

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.

Radiologie 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 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

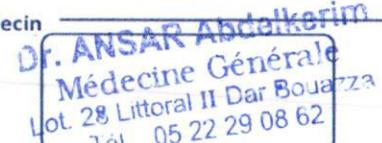
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-705979

par courrier

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1320	Société : 112639		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Mosbah		Palila	
Date de naissance : 23/08/1952			
Adresse : 245, Rue Ahmed Ben Dar Bouazza			
Tél. : 0632474485		Total des frais engagés : _____ Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

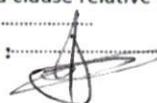
Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
 Dr. ANSAR Abdalkerim Médecine Générale Lot. 28 Littoral II Dar Bouazza Tél. 05 22 29 08 62		
Date de consultation :	12.11.2012	
Nom et prénom du malade :		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	Domavic nevarat	
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 : **12/11/2012**

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-705979

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : _____
 Nom de l'adhérent(e) : _____
 Total des frais engagés : _____
 Date de dépôt : _____

Coupon à conserver par 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
12.4.22	c	1	150,00	INP : 1111111111 Dr. ANSAR Abdellah Médecine Générale Lot 28 Litoral Bar Bouazz Tel: 05 22 29 08 02

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LES JARDINS RC : 336 052 22 15 08 29 T.A. 12960411	12/4/22	648,-

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []									
				Coefficient DES TRAVAUX []									
				MONTANTS DES SOINS []									
				DEBUT D'EXECUTION []									
				FIN D'EXECUTION []									
				Coefficient DES TRAVAUX []									
				MONTANTS DES SOINS []									
				DATE DU DEVIS []									
				DATE DE L'EXECUTION []									
DETERRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS									
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
H	25533412	21433552											
D	00000000	00000000											
B	35533411	11433553											

Docteur Ansar Abdelkerim

Ex. Médecin Chef de Zaouia Ech Cheikh

MEDECINE GENERALE

Expert au près les Tribunaux
R.D.C Lot. Littoral II - Dar Bouazza
Tél. / Fax : 0522 29 08 62

الدكتور أنسار عبد الكريم
الطبيب الرئيسي لزاوية الشيخ ساقا
الطب العام

خبير محلل لدى المحاكم
رقم 28، الساحل II دار بوعزة
الهاتف والفاكس : 0522 29 08 62

Dar Bouazza, le : 12 - 4 - 2022

دار بوعزة في :

MOSBAH DAHLA

3700
① Dulastan

en 2/CP-9-

7000
o profond 100

8000
o 1cp ~ 2/CP-9- ocp
Florimatt

226.00 1p ~ 2/CP-9- 1

o Esac 40

224.00 1p ~ 2/CP-9- IX
o Exforge 5/160

1 = 648.00 191 5 en 2



226.00
LU 2001
ER 01/24
PPV 26DH

PPV :
Lot N° :
Exp :
90,10

Jr. ANSAR Abdelkerim
Médecine Générale
28 Littoral II Dar Bouazza
Tel 0522 29 08 62

DULASTAN® 500 mg/2 mg
Boîte de 20 comprimés
37,00

Profenid® 100mg

Kétoprofène

Comprimé

LOT : 21E029
PER. : 09/2024

PROFENID 100MG
CP PEL B30

P.P.V : 70DH90



6 118000 060802

CANOFI

Veuillez lire
médicament
pour vous.

- Gardez cette notice.
 - Si vous avez des questions, contactez votre pharmacien.
 - Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
 - Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice.
- Voir rubrique 4.

1. QU'EST-CE QUE PROFENID 100 MG, COMPRIME PELLICULE ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?

Classe pharmacothérapeutique : ANTI-INFLAMMATOIRES, ANTIRHUMATISMAUX, NON STEROIDIENS. - Code ATC : M01AE03. (M : Muscle et Squelette).

PROFENID 100 mg, comprimé pelliculé contient du kétoprofène. Ce médicament appartient à une famille appelée les anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Ces médicaments sont utilisés notamment pour diminuer l'inflammation et calmer la douleur.

Indications thérapeutiques

PROFENID 100 mg, comprimé pelliculé est destiné à l'adulte et l'adolescent à partir de 15 ans.

Ce médicament est utilisé pour soulager les symptômes :

- En traitement long :
- Dans les rhumatismes inflammatoires chroniques (inflammations des articulations),
- Dans certaines arthroses douloureuses et invalidantes (usure du cartilage entraînant des douleurs dans les articulations et gênant les mouvements) ;
- En traitement court dans les crises douloureuses qui touchent :
 - Les structures du pourtour des articulations (tendinite, bursite, périarthrites),
 - Les articulations (en cas d'arthrites microcristallines ou d'arthroses),
 - Le bas du dos (lombalgie),
 - En cas d'inflammation d'un nerf (par exemple en cas de sciatique),
 - Dans certains cas, après un traumatisme.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE PROFENID 100 MG, COMPRIME PELLICULE ?

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

Ne prenez jamais PROFENID 100 mg, comprimé pelliculé :

- Si vous êtes allergique au kétoprofène ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6,
 - A partir du 6ème mois de grossesse.
 - Si vous avez déjà eu des bronchospasmes, une crise d'asthme, une rhinite, de l'urticaire ou d'autres réactions allergiques déclenchées par la prise de kétoprofène ou par d'autres médicaments de la même famille que PROFENID 100 mg, comprimé pelliculé (l'aspirine, les antiinflammatoires non stéroïdiens). Des réactions allergiques graves, rarement fatales ont été rapportées chez des patients ayant de tels antécédents.
 - Si vous avez déjà eu des saignements de l'estomac ou de l'intestin, une ulcération ou une perforation du tube digestif.
 - Si vous souffrez d'un ulcère de l'estomac ou de l'intestin ou si vous en avez déjà eu précédemment.
 - Si vous avez des saignements au niveau de l'estomac, de l'intestin, du cerveau ou d'un autre organe.
 - Si vous souffrez d'une maladie grave du foie, des reins ou du cœur.
 - Si vous prenez un autre médicament, assurez-vous que l'association avec ce médicament n'est pas contre-indiquée (voir le paragraphe « Autres médicaments et PROFENID 100 mg, comprimé pelliculé »).
- Avertissements et précautions**
- Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre PROFENID 100 mg, comprimé pelliculé si vous êtes dans l'une des situations suivantes :
- Vous avez déjà eu de l'asthme associé à des polypes dans le nez ou à une inflammation au niveau du nez ou des sinus (rhinite ou sinusite chronique). La prise de ce médicament peut entraîner une gêne respiratoire ou une crise d'asthme, notamment chez les personnes allergiques à l'aspirine ou à un anti-inflammatoire non stéroïdien (voir rubrique « Ne prenez jamais PROFENID 100 mg, comprimé pelliculé »).
 - Vous souffrez d'une maladie du cœur (hypertension et/ou insuffisance cardiaque), du foie ou du rein, ou de rétention d'eau.
 - Vous souffrez de troubles de la coagulation.
 - Vous souffrez d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (telle que maladie de Crohn ou rectocolite hémorragique).
 - Vous avez déjà eu des problèmes digestifs (comme un ulcère de l'estomac ou duodénum ancien).
 - Vous suivez déjà un traitement avec un médicament qui augmente le risque d'ulcère gastroduodenal ou d'hémorragie (voir rubrique « Autres médicaments et PROFENID 100 mg, comprimé pelliculé »).