

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 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
- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1805 Société : A30631

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEN ABDELLAH ALLAL Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Façture Pathologie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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) :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
K. BOUZOUA 6. Bd de la Liberté - Casablanca Tél : 05 22 31 47 17	8.9.2022	49,31

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

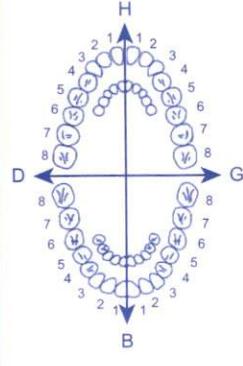
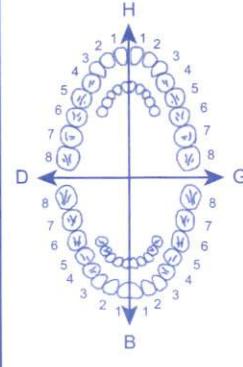
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée et 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 de l'ODF.

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 00000000	21433552 00000000	
D	00000000	00000000	G	
B	35533411	11433553		
				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

**PHARMACIE NOUVELLE ÇASA SARLAU
BOUZOUBAA KARIM
16. BD DE LA LIBERTÉ.**

Tél : 0522314717

08/09/2022

BENCHEROUN HOURIA

FACTURE N° : 87425 du 08/09/2022

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	DOLIPRANE 1000 MG BT/10 CPS	14,00	14,00	7%
1	BRUFEN 400 MG BT/30 CPS	35,30	35,30	7%
Total TTC				49,30

Arrêtée la présente Facture à la somme de :
QUARANTE NEUF DIRHAMS ET TRENTÉ CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	46,07	3,23	49,30
		46,07	3,23	49,30

PHARMACIE NOUVELLE
CASA SARLAU
BOUZOUBAA KARIM
16. Bd de la Liberté - Casablanca
Tél. : 05 22 31 47 17

BRUFEN® 400mg
Ibuprofène

Li
E
S
G
35,30

le prendre ce médicament.
sivement à votre maladie.
demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
sire.

COMPOSITION QUANTITATIVE ET QUALITATIVE :

Ibuprofène 5,447.0 400 mg

Pour un comprimé pelliculé

EXCIPIENTS : noyau : cellulose microcristalline, croscarmellose sodique, lactose monohydraté, silice colloïdale anhydre, laurilsulfate de sodium, stéarate de magnésium. Pelliculage : hypromellose, Talc, OPASPRAY blanc M-1-7111B (hypromellose, dioxyde de titane (E171)).

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE :

Anti-inflammatoires, antirhumatismaux, non stéroïdiens.

II. DANS QUEL CAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

INDICATIONS :

Ce médicament contient un anti-inflammatoire non stéroïdien : l'Ibuprofène. Il est indiqué chez l'adulte (de plus de 15 ans) :

- En traitement de longue durée de :
 - certains rhumatismes inflammatoires chroniques,
 - certaines arthroses sévères,
- En traitement de courte durée de :
 - certaines inflammations du pourtour des articulations (tendinites, bursite, épaule douloureuse aiguë),
 - douleurs aiguës d'arthrose,
 - certaines inflammations des articulations par dépôt de cristaux, telles que la goutte,
 - douleurs lombaires aiguës
 - douleurs aiguës liées à l'irritation d'un nerf, telles que les sciatiques,
 - douleurs et oedèmes liés à un traumatisme,
 - fièvre et/ou douleurs telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses.

**III. QUELLES SONT LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE PRENDRE BRUFEN 400MG, COMPRIME PELLICULÉ ?
CONTRE INDICATIONS :**

Ne prenez jamais BRUFEN 400mg, comprimé pelliculé dans les cas suivants :

- à partir du 6ème mois de grossesse,
- antécédents d'allergie ou d'asthme déclenchés par la prise de ce médicament ou d'un médicament apparenté, notamment autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, aspirine,
- antécédents d'allergie aux autres constituants du comprimé,
- Ulcère de l'estomac ou du duodénum en évolution,
- maladie grave du foie,
- maladie grave des reins,
- maladie grave du cœur,
- lupus érythémateux disséminé,

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN

MISE EN GARDE SPECIALE :

A forte dose, supérieure à 1200 mg/jour, ce médicament possède des propriétés anti-inflammatoires et peut provoquer des inconvénients parfois graves qui sont ceux observés avec les médicaments anti-inflammatoires.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

AVANT D'UTILISER CE MÉDICAMENT, PREVENEZ VOTRE MEDECIN EN CAS :

- d'antécédent d'Asthme associé à une rhinite chronique, une sinusite chronique ou des polypes dans le nez. L'administration de cette spécialité peut entraîner une crise d'asthme, notamment chez certains sujets allergiques à l'aspirine ou à un anti-inflammatoire non stéroïdien (cf contre-indications).
- de prise d'un traitement anticoagulant. Ce médicament peut entraîner des manifestations gastrointestinales graves.
- d'antécédents digestifs (hernie hiatale, hémorragies digestives, ulcères de l'estomac ou du duodénum anciens),
- de maladie du cœur, du foie ou du rein.

DOLIPRANE® 1000 mg COMPRISE ET DANS QUEL

La susbt Mais pr
Les aut (1111.11
mais pr
CAS I
QUES I
PPD : 14DH00

drome de paracétamol DC 90

PER : 07/24
LOT : K2112
DOLIPRANE® 1000 mg COMPRISE



PARACÉTAMOL

Comprié

1000 mg

DOLIPRANE®

Ce médicament peut égalemen être prescrit par votre médecin dans les
fièvres telles que max de tenu, étatis gant.
douleurs de farthrose.

Pour les enfants de moins de 15 ans, il existe d'autres présentations de
paracétamol. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.
Lire attentivement la rubrique "Posologie".

QUELLES SONT LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE
PRENDRE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRISE ?

Ne pas prendre DOLIPRANE® 1000 mg, comprié dans les cas suivants :
allergie connue au paracétamol, maladie grave du foie, enfant de moins de 15 ans.

PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE®
1000 mg, COMPRISE :

Précautions particulières