

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 5 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-766941

134166



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

2907

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

BENABDERRAZIK RAETID

Date de naissance :

30.09.144

Adresse :

BGC PRESTIGIA IMMOBILES

Tél. :

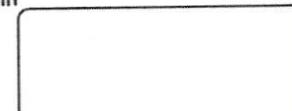
0676036802

Total des frais engagés :

62,40 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 :

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 : 08/09/2022

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
.....	INP :
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL ALOU Mme. EL ALOU Aicha 675, AV. du 2 Mars Andalous tel: 05.22.28.57.84 - Casablanca INPE: 092000421	28.03.22	62,40

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

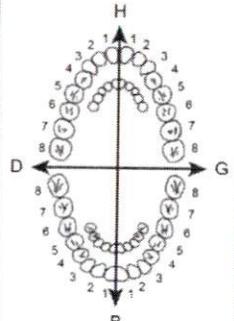
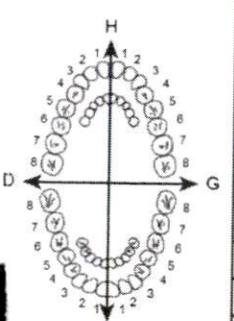
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, 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	INP : <input type="text"/>		
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE					
	H					
	$ \begin{array}{r l} 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \end{array} $		G			
	D				B	
	[Création, remont, adjonction] 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

PHARMACIE du 2 MARS

Mme EL ALAOUI AICHA
 575, AVENUE 2 MARS
 ANDALOUSSE 1
 CASABLANCA
 Tél. : 022 28 57 84

صيدلية 2 مارس

العلوي عائشة
 محج 2 مارس 575
 أندلس 1
 الدار البيضاء
 الهاتف : 022 28 57 84

FACTURE N°

Casablanca, le

08.09.2022

BOEN ABDELLAZIK RACHID DOIT

Quantité	Designation	Prix Unitaire	Total
1	Xenios 50 cp	46,60	46,60
1	Doliprane 1g eff	15,80	15,80
			62,40

PHARMACIE du 2 MARS

Mme EL ALAOUI AICHA
 575, AV du 2 Mars Andalous 1
 Tel: 05.22.28.57.84 - Casablanca

INPE: 092000421

Doliprane®

1000 mg comprimé effervescent sécable
PARACÉTAMOL

P P V J S D H B S
P E R 1 2 / 2 2
I D T 1 2 9 2 1
S 1

Doliprane® 1000 mg
PARACÉTAMOL

8 comprimés effervescents sécables



6 118000 040361

ce car elle contient des informations importantes pour vous. Ce renseignement vous permet donc de soigner des maladies bénignes mais, **vous devez utiliser Doliprane 1000 mg, comprimé effervescent pour obtenir le meilleur résultat.** Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien ou persistant après 5 jours, consultez un médecin.

1000 mg pour un comprimé effervescent sécable. Les autres composants sont : saccharine sodique, laurylsulfate de sodium, povidone à l'album anhydre, leucine, arôme orange.

de l'heure

NE PAS ENLEVER, COMPRIMÉ EFFERVESCENT
NI A?

AMM : que mal de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures,

lors des douleurs de l'arthrose.

b (à partir de 15 ans) :

autres présentations de paracétamol : demandez conseil à

INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE PRENDRE DOLIPRANE 1000 mg, COMPRIMÉ EFFERVESCENT.

Contre-indications

Ne pas prendre DOLIPRANE 1000 mg, comprimé effervescent dans les cas suivants :

- allergie connue au paracétamol,
- maladie grave du foie,
- enfants de moins de 15 ans.

PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE 1000 mg, COMPRIMÉ EFFERVESCENT

Précautions particulières

- Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou en cas d'efficacité insuffisante ou de survenue de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin.
- En cas de régime sans sel ou pauvre en sel, tenir compte dans la ration journalière de la présence de sodium : 408 mg par comprimé.
- En cas de maladie grave du foie ou des reins, il est nécessaire de consulter votre médecin avant de prendre du paracétamol.

Mises en garde

En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une dose trop élevée, consultez immédiatement votre médecin.

Ce médicament contient du paracétamol. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée (cf. chapitre "Posologie").

Grossesse et allaitement

Le paracétamol, dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant la grossesse ainsi qu'en cas d'allaitement.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.



Xénid®

Diclofénac de sodium

xénid 50mg
30 comprimés enrobés



Formes et présentations :

- Comprimés enrobés

XENID 50 mg : Etui de 30 comprimés.

XENID 25 mg : Etui de 30 comprimés.

Excipient à effet notoire : Lactose

- Suppositoires

XENID 25 mg : Etui de 10 suppositoires.

XENID 100 mg : Etui de 10 suppositoires.

- Solution injectable I.M.

XENID 75 mg / 3 ml : Etui de 2 et 6 ampoules.

Excipients à effet notoire : Mannitol, Alcool benzyllique, Propylène glycol, Di-

Indications :

- Chez l'enfant, elles sont limitées au traitement des rhumatismes inflammatoires (comprimés et suppositoires).

- Chez l'adulte, elles sont limitées au :

- Traitement symptomatique au long cours : des rhumatismes inflammatoires chroniques, notamment polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite ankylosante (ou syndromes apparentés, tels que les syndromes de Fiessinger-Leroy-Reiter et rhumatisme psoriasique) : de certaines arthroses douloureuses et invalidantes.

- Traitement symptomatique de courte durée des poussées aiguës des rhumatismes abarticulaires (épaules douloureuses aiguës, tendinites...) des arthrites microcristallines : des arthroses, des lombalgies et radiculalgies sévères.

- Dysménorrhées essentielles (Xénid 50 mg comprimés uniquement).

- Traitement d'entretien des affections rhumatismales chroniques pour lesquelles, lors de l'utilisation des formes dosées à 25 mg et 50 mg, la posologie de 100 mg par jour s'est révélée adéquate ;

- Traitement des sciatiques aiguës, des lombalgies aiguës, des rhumatismes inflammatoires en poussée aiguë, des crises de coliques néphrétiques (Xénid injectable uniquement).

Contre Indications :

• Ulcère gastrique ou duodénal en évolution.

• Hypersensibilité au Diclofénac.

• Insuffisance rénale ou hépatique sévère.

Grossesse et allaitement :

- Il est recommandé de ne pas administrer XENID lors des 3 derniers mois de la grossesse.

- Les AINS passant dans le lait maternel, par mesure de précaution il convient d'éviter de les administrer.

LOT : 4450

PER : 09/23

PPV : 46,60 DH