

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-728151

03/10
Pay now

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	Matricule :	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BAAKROUE / Tounissa			
Date de naissance : 01/11/1969			
Adresse : 163 KSOUR AGNEZOU FAYE			
Tél. : 066635371	Total des frais engagés : 100,00 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : / /			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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.			

R M
ACCUEIL 17 NOV 2012
MUPRAS C. NINIA

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 : Casablanca Le : 03/10/2012
Signature de l'adhérent(e) : J. BOUAFIA

Le : 03/10/2012

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31.10.22	104,00

PH. CENTRALE GUELIZ
HAIZOUN TARIK
166.AV.MOHAMED V
MARRAKECH
Taxe Profes. N°: 45101632
N° R.C. : 69801
N° ID.E. : 15271278 N° ICE 001606462000046
N° CNSS: 1536294
Tel : 0524430158
Fax :

BANQOUR TOURIYA

I.C.E. :

Le : 03/10/2022

Vita C1000®

PPU 15DH30
EXP 07/2024
LOT 16080 27

Vita C1000®

PPU 15DH30
EXP 10/2023
LOT 0005? 6

FACTURE N°:

5728/22

Qté	Désignation	Prix	Montant
2	DOLIPRANE 500/20CP SEC	10.30	20.60
2	VITAMINE C PM 10 CPS	15.30	30.60
1	KETUM GEL TUBE 60G	52.80	52.80

TVA 7%: 6.80 Total : 104,00

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

CENT QUATRE DIRHAMS

PAYE EN ESPECES

مختبرات الجلالة
ست. فارماسيه جلالة سارل آئ
166 Bd. Mohammed V
Tél: 0524 430158
Marrakech

Doliprane® 500 mg

PARACETAMOL

comprimé

COMPOSITION ET

- Paracétamol.....
 - Excipients : qsp 1
- Boîte de 20 comprimés

PPV: 10DH30

PER: 01/24

LOT: K270

..... 500 mg

PROPRIETES :

Ce médicament est un analgésique.

Il est antipyrrétique. Il

atténue la fièvre.



INDICATIONS :

Ce médicament contient du paracétamol.

Il est indiqué dans les maladies avec douleur et/ou fièvre, telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses, chez l'adulte et l'enfant à partir de 27 kg : (environ 8 ans).

CONTRE-INDICATIONS :

Ne pas utiliser en cas :

- d'allergie connue au paracétamol
- maladie grave du foie.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

- Il existe des dosages plus adaptés pour l'enfant de moins de 27 kg : (moins de 8 ans environ).
- Compte-tenu des posologies recommandées, il est inutile d'alterner la prise d'aspirine et de paracétamol.

Avant de prendre du paracétamol, il est nécessaire de consulter votre médecin en cas de maladie grave des reins ou du foie.

- Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou si elles s'aggravent. Ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

Ce médicament contient du paracétamol, d'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée.



Doliprane® 500 mg

PARACETAMOL

comprimé

COMPOSITION ET

- Paracétamol.....
 - Excipients : qsp 1
- Boîte de 20 comprimés

PPV: 10DH30

PER: 01/24

LOT: K270

..... 500 mg

PROPRIETES :

Ce médicament est un analgésique.

Il est antipyrrétique. Il

atténue la fièvre.



INDICATIONS :

Ce médicament contient du paracétamol.

Il est indiqué dans les maladies avec douleur et/ou fièvre, telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses, chez l'adulte et l'enfant à partir de 27 kg : (environ 8 ans).

CONTRE-INDICATIONS :

Ne pas utiliser en cas :

- d'allergie connue au paracétamol
- maladie grave du foie.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

- Il existe des dosages plus adaptés pour l'enfant de moins de 27 kg : (moins de 8 ans environ).
- Compte-tenu des posologies recommandées, il est inutile d'alterner la prise d'aspirine et de paracétamol.

Avant de prendre du paracétamol, il est nécessaire de consulter votre médecin en cas de maladie grave des reins ou du foie.

- Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou si elles s'aggravent. Ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

Ce médicament contient du paracétamol, d'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée.



KETUM® 2,5%

Kétoprofène

Gel T° 30 et 60g

Lisez attentivement l'intégralité

Elle contient des informations plus d'informations à votre médecine, jamais à quelqu'un d'autre, mais pourriez avoir besoin de la relire.

médicamenteux

ns, si vous avez un doute, demandez au pharmacien ou au médecin qui vous a prescrit. Ne le donnez pas à des personnes qui ne doivent pas en prendre. Gardez cette notice, vous pourrez la lire à nouveau.

IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT

Composition

Kétoprofène

Excipients q.s.p.

(carbamères, éthanol, huile essentielle)

Forme et présentation

Tube de 30 g et de 60g

Classe pharmaco-thérapeutique

Anti-inflammatoire non stéroïdien

DANS QUELS CAS UTILISER

Ce médicament contient un anti-inflammatoire :

- des poussées d'arthrose des petites articulations,
- des tendinites,
- des traumatismes de type entorse bénigne (foulure), contusion,
- des lombalgies,
- des réactions inflammatoires des veines consécutives à une sclérose de varices.

ATTENTION !

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants :

- à partir du 6^{me} mois de la grossesse,
- antécédent d'asthme à ce médicament ou à un médicament apparenté, notamment autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, aspirine,
- antécédent d'allergie cutanée au kétoprofène ou à l'acide tiaprofénique, au fénofibrate (médicament destiné à baisser le taux de cholestérol), à un produit solaire ou au parfum,
- antécédent d'allergie à l'un des excipients,
- sur peau lésée, quelle que soit la lésion: lésions suintantes, eczéma, lésion infectée, brûlure ou plaie.
- Arrêtez immédiatement le traitement par KETUM 2,5% gel, si vous développez une réaction cutanée après la co-application de produits contenant de l'octocrylène (l'octocrylène est un excipient contenu dans plusieurs produits de cosmétique et d'hygiène tels que les shampoings, après-rasages, gels douche,

crèmes, rouges à lèvres, crèmes anti-âge, démaquillants, laques pour cheveux) afin d'éviter sa photodégradation.

Pendant le traitement et les deux semaines suivant l'arrêt, ne pas s'exposer au soleil (même voilé), ni aux UVA. Mises en garde spéciales

Ce médicament est réservé à l'adulte (plus de 15 ans), en l'absence de données chez l'enfant.

L'exposition au soleil (même voilé) ou aux UVA des zones en contact avec le gel peut provoquer des réactions cutanées plus ou moins sévères dites de photosensibilisation.

Aussi, il est nécessaire :

1. de protéger les zones traitées par le port d'un vêtement durant toute la durée du traitement et les deux semaines suivant son arrêt.
2. de procéder à un lavage soigneux et prolongé des mains après chaque utilisation du gel afin d'éviter tout contact involontaire avec des zones susceptibles d'être exposées au soleil.

En cas d'apparition d'une réaction anormale de la peau pendant le traitement : arrêter immédiatement le traitement et avertir votre médecin.

Respecter les conseils d'utilisation :

- ne jamais appliquer une dose supérieure à celle qui est recommandée (Cf. rubrique Posologie), ne pas appliquer sur une surface étendue du corps, respecter la fréquence et la durée de traitement préconisées par votre médecin.

Précautions d'emploi

LOT : 1004

PER : SEP 2023

PPV : 52 DH 80

Indications, contre-indications, précautions d'emploi :
doit être conservé à une température inférieure à 25°C.
d'administration : Voie locale. Faire pénétrer le gel par
ou inflammatoire. Mises en garde spéciales : Se laver :
النشرة بالتنبيه قبل الاستعمال. يجب الاحتفاظ بهذا الدواء في درجة
الاستعمال. الطريق الموضعي. يدهن المرض بتدليك طفيف. على
يجب غسل اليدين بعناية بعد كل استعمال.

La posologie recommandée est indiquée, chez l'adulte (plus de 15 ans), c