

**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

- 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 Abdallah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdallah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



137663 pay

Déclaration de Maladie : N° P19- 0016365

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1856 Société : RAM.
 Actif Pensionné(e) Autre : RETRAITE.
 Nom & Prénom : SLAOUI KHATA Date de naissance : 1956
 Adresse : 50 LOT KHAL FAOU Ouedja
 Tél. : 06 M 820 500 Total des frais engagés : 259,20. Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr. KERZAZI Mohammed

Cachet du médecin : CHIRURGIEN
 39 Bd Mohammed V - OUJDA
 Tél 05 36 68 45 10
 Date de consultation : 02/11/22
 Nom et prénom du malade : SLAOUI KHATA Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Syndrome inflammatoire
 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 : Ouedja Le : 02/11/22
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature] [Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 0016365

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

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

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
02/11/22	✓		100 m	Dr KERZAZI Mohammed CHIRURGIEN 39 Bd Mohammed V - OUJDA Tél. 05 35 68 45 10

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. ZAKRAOUI MOHAMED PHARMACIE LA CLINIQUE INPE: 082037185 32 Bd Med. Bellakhdar - OUJDA Tél. 0536 70 47 96 / GSM: 0661 09 82 32	02/11/22	109,20.

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
		AM	PC	IM	IV	

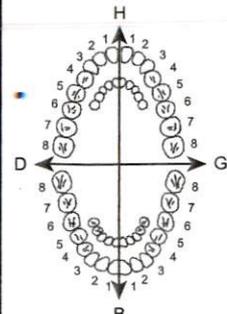
VOLET ADHERENT

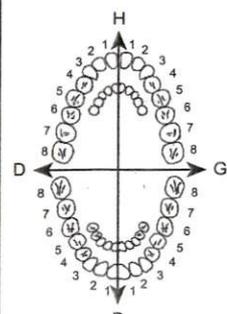
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		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

Dr KERZAZI Mohamed

CHIRURGIEN

Expert Assermenté

Près la Cour d'Appel d'Oujda

ICE : 001669855000097

39, Boulevard Mohammed V

Tél. : 05 36 68 45 10 - Oujda

الدكتور كرزازي محمد

طبيب جراح

خبير محلف

لدى محكمة الاستئناف بوجدة

39, شارع محمد الخامس

الهاتف : 05 36 68 45 10 - وجدة



Oujda, le 02/11/22 في وجدة،

SLAM
KRAMA

- Predni = 20g



2g/1x6, 2g/1x6

14,00

- Dolni = 1m



2g/1x6

40,10

- XYZall 2 5g



55,10

oro per 600, 5g



109,20

Dr. ZAKRAOUI MOHAMED
PHARMACIE LA CLINIQUE
INPE: 082037185

32 Bd. Med. Bellakhdar - Oujda
Tél.: 0536 70 47 96 / GSM: 0981 09 82 92

Dr KERZAZI Mohamed
CHIRURGIEN
39 Bd Mohammed V Oujda
Tel 05 36 68 45 10

PPV : 40.10 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice importantes sur votre traitement. Si vous avez d'autres informations à votre médecin ou votre pharmacien. Ce médicament vous apporte des informations d'autre, même en cas de symptômes identiques, car cela pourrait lui être nocif. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

XYZALL

Dichlorhydrate
de Lévocétirizine
5 mg, comprimé pelliculé

- **La substance active est** : dichlorhydrate de lévocétirizine 5 mg pour un comprimé pelliculé
 - **Les autres composants sont** :
- Comprimé nu** : cellulose microcristalline, lactose monohydraté, silice colloïdale anhydre, stéarate de magnésium.
Pelliculage : Opadry Y-1-7000 [hypromellose (E 464), dioxyde de titane (E 171), macrogol 400]

1. QU'EST-CE QUE XYZALL 5 mg, comprimé pelliculé ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ?

Ce médicament se présente sous la forme de comprimé pelliculé, boîte de 14 et 28. XYZALL est un médicament anti-allergique indiqué dans le traitement des symptômes associés à l'allergie, tels que :

- La rhinite allergique saisonnière (rhume des foins), y compris les atteintes oculaires (conjonctivite allergique) ;
- La rhinite allergique chronique ;
- L'urticaire.

2. INFORMATIONS NECESSAIRES AVANT DE PRENDRE XYZALL 5 mg, comprimé pelliculé

XYZALL 5mg, comprimé pelliculé, NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- Si vous êtes allergique à la lévocétirizine ou à toute substance chimique apparentée, ou à l'un des autres composants contenus dans XYZALL.
- Si vous souffrez d'insuffisance rénale grave.

Prendre des précautions particulières avec XYZALL 5 mg, comprimé pelliculé

Mises en garde :

- XYZALL n'est pas recommandé chez l'enfant de moins de 6 ans car il n'existe pas encore de dosage adapté.
- XYZALL ne doit pas être utilisé en cas de galactosémie, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en lactose (maladies métaboliques rares), en raison de la présence de lactose dans le comprimé.

Précautions d'emploi :

- Si vous souffrez de troubles rénaux, la dose pourra être réduite en fonction de la gravité de votre maladie. Suivez les instructions de votre médecin.
- La prudence est recommandée en cas d'absorption d'alcool en même temps que XYZALL. Chez certains patients sensibles, la prise simultanée de lévocétirizine et d'alcool pourrait avoir des effets sur le système nerveux, bien que la cétirizine (produit chimiquement apparenté) n'ait jamais montré une augmentation des effets liés à l'alcool.

Grossesse :

Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse que sur les conseils de votre médecin.
D'une façon générale, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.



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

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").

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

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

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.

PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE®

1000 mg, COMPRIMÉ : **Contre-indications :** ne pas prendre DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé dans les cas suivants : allergie connue au paracétamol, maladie grave du foie, enfant de moins de 15 ans.

QUELLES SONT LES INFORMATIONS NECESSAIRES AVANT DE PRENDRE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ?

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien. Pour les enfants de moins de 15 ans, il existe d'autres présentations de paracétamol. Lire attentivement la rubrique "Posologie". Cette présentation est réservée à l'adulte (à partir de 15 ans) :

QU'EST-CE QUE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ? Ce médicament contient du paracétamol. Il est indiqué en cas de douleur et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Il peut également être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose.

DOLIPRANE®
La substance active est le paracétamol (1111,11 mg).
Les autres composants sont :
maïs pré-gélatinisé

PPV : 14DH00
PER : 06/25
LOT : L2043



paracétamol DC 90
ne K30, amidon de