

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.



Déclaration de Maladie

M22- N° 0028099

140788

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6802 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUTAKI Abdellah

Date de naissance :

Adresse : JAMILA 5 Rue 113 - N° 32 - C.D. -

CASA

Tél. : 0664583462 Total des frais engagés : 586,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/12/2022

Nom et prénom du malade : MR MOUTAKI Abdellah Age: 1947

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : AFFECTION ORL + DIGESTIVE

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 : CASA Le : 11/12/22

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019


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.

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

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
03/12/22	C1		15004	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

03-12-22

436,00

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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 canaux, 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	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

ORDONNANCE

M. R. MONTAKI Abdallah

126,30

1) Augmentin 1g sach.

56,60

2) Diprostine 15 x 2/1 x 6j

100,40

3) Brenin 1g c in cp ff.

30,50

4) Imodin 1cp qrs. 1ner

47,20

5) Trinest 1 gel x 2/1

75,00

6) Carbolene 1 gel x 2/1 AT GRS.

436,00

1cp x 2/1 cpr qrs x 4)



Dr. Samira GUASMIATE
Médecin Généraliste
C. U. d'Echographie Générale
Jamila 5, Rue 62 N°3 Cité Djemaa Ben M'sik Casablanca 20450
CASABLANCA
0522 59 75 70 = 065 35 69 98

AMOXICILLINE - AC
AUGMENTIN

Distribué par MSD Maroc
AMM 74/19 DMP/21/NRO
P.P.V: 56.60 DH

LÔT : 4033
UT. AV : 09-26
P.P.V : 47 DH 20

..... sachet(s)
prendre de préférence
repas, pendant jour
Lire attentivement la notice

renant à partir de 15 ans au :

Uniquement sur

RESPECTER LES DOSES

PPU: 126,30 DH
LOT: 648526
PER: 10/23

LOT 22001
PER 04/25
PPV 100DH40



chroniques, notamment polyarthrite
syndrome de Flessinger-Leroy-R
cises et invalidantes.

orte durée des poussées aiguës d
que péri-arthrites scapulo-humér
oteur,

déclenchés par la prise de piroxicam
n, insuffisance hépatocellulaire sévère, insuffisance rénale sévère.
ance de l'aspartam.

autres AINS

pesanteurs ép
ues, respiratoir
alées, somnol
rurit, rares cas
s infections graves de la peau

à une rhinite chronique, à une sinusite chronique et / ou à une polypos
gique lors de la prise d'aspirine et / ou d'AINS plus élevé que le reste de la
lité peut entraîner une crise d'asthme.

une manifestation cutanée ou muqueuse, interrompre immédiatement le

traitement.

La survenue de crise d'asthme chez certains sujets peut être liée à une allergie à l'aspirine. Dans ce cas, ce médicament est contre-indiqué.

Ce médicament sera administré avec prudence et sous surveillance particulière chez les malades ayant des antécédents digestifs.

En cas de varicelle, il est prudent d'éviter l'utilisation de ce médicament.

La prescription d'AINS ne doit être envisagée que si nécessaire pendant les 5 premiers mois de la grossesse, et elle est contre-indiquée à partir du 6ème mois.

Les AINS passant dans le lait maternel, par mesure de précaution, il convient d'éviter de les administrer chez la femme qui allaite.

L'attention doit être attirée chez les conducteurs et utilisateurs de machines sur la possibilité de vertiges et de somnolence.

Enfant de moins de 15 ans : lors de la varicelle, il est prudent d'éviter l'utilisation de ce médicament.

Mode d'emploi et posologie :

Réservé à l'adulte. Se conformer à la prescription médicale.

Les comprimés effervescents doivent être dissous dans un verre d'eau.

Les comprimés doivent être pris au cours d'un des 3 repas.

Formes et autres présentations :

BREXIN® 20 mg - Boîte de 10 et 20 comprimés effervescents

BREXIN® 20 mg - Boîte de 20 comprimés sécables

BREXIN® 20 mg - Boîte de 10 suppositoires

BREXIN® 20 mg - Boîte de 10 sachets

Liste I (Tableau A)

A conserver à l'abri de la lumière et de l'humidité.

CARBOLINE CP 30

PPC : 75.00 DH

Ut Av :

Lot :

01-2025

D008 P

IPHADERM

Date de fabrication / Manufacturing date
A conserver - To be stored

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél

P.P.V : 30DH50



6 118000 010845

LOT : 22E011
PER : 07/2027

..... 20 mg
comprimé

osante (ou

guës post-

ation, douleurs