

# 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.

**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](http://www.mupras.com)

M22- 0014362

Optique

Autres

148205

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1895 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Ben Abdellah Henni

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 : .....

Conjoint

Enfant

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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
<i>PHARMACIE NOUVELLE K. BOUZOUBAA 16, Bd de la Liberté - Casablanca Tél. : 05 22 31 47 17</i>	30-9-2022	85,50

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Cœfficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX

#### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

#### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CŒFFICIENT 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 CASA SARLAU  
BOUZOUBAA KARIM  
16. BD DE LA LIBERTÉ.**

Tél : 0522314717

30/09/2022

BENCHEROUN HOURIA

**FACTURE N° : 90611 du 30/09/2022**

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	CODOLIPRANE (PARACE+CODEINE)16	22,20	22,20	7%
1	NO-DOL CODEINE 500/30 MG BT/20	28,00	28,00	7%
1	BRUFEN 400 MG BT/30 CPS	35,30	35,30	7%
<b>Total TTC</b>				<b>85,50</b>

Arrêtée la présente Facture à la somme de :  
QUATRE-VINGT CINQ DIRHAMS ET CINQUANTE CTS

PPV:22DH20  
PER:04/24  
LOT:L1603



	TAUX	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	79,91	5,59	85,50
		79,91	5,59	85,50

**PHARMACIE NOUVELLE  
CASABLANCA  
K. BOUZOUBAA  
16, Bd de la Liberté Casablanca  
Tel.: 05 22 31 47 17**

CNSS : 1515941  
Compte :

I.C.E : 001854324000093  
Patente : 34254289

INPE:  
R.C : 375645

I.F : 20775966  
RIB :

**BRUFEN® 400mg**  
**Ibuprofène**

int de prendre ce médicament.

à traitement et votre maladie.

ute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

à relire.

35130

**COMPOSITION QUANTITATIVE ET QUALITATIVE :**

Ibuprofène ..... 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 (hémie hiatale, hémorragies digestives, ulcères de l'estomac ou du duodénum anciens),
- de maladie du cœur, du foie ou du rein.