

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 canaux, 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 canaux.

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- 0041681

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3438 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AIT RAZOUK HAMMOU

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0669430208 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 :

Affection longue durée ou chronique ALD et 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 : Le :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 15/10/23 | CP | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| PHARMACIE CHAABOU R.G. AL AMANE GH 42 Imm 323 - AN SEBA CASABLANCA Tél : 0522 66 57 09 | 15/10/23 | 165,80 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| | 15/10/23 | Acte par | 117,50 |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

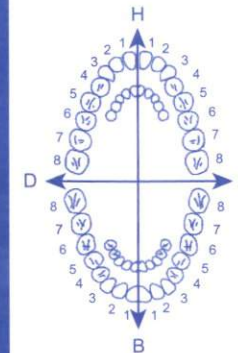
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

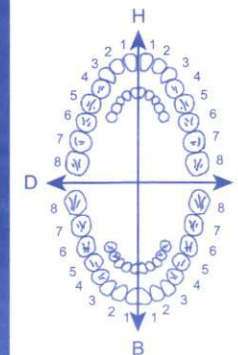
FIN
D'EXECUTION

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



Facture Urgence

N° Quittance

Code ANAM : 090005299

N° Compte Courant 2140

Facture Numéro : 2 023 / P / 57 917

TRÉSORERIE PROVINCIALE DE CASABLANCA

Identification

Index Patient : 93 102

N° Urgence : 63 149

Nom et prénom : FATIMA OKBA

Adresse : RES AL BADR GH 3 IMM 24

Médecin

Spécialité : CONSULTATION AU CABINET PAR LE MÉDECIN

GÉNÉRALISTE

Type de urgence : MALADIE COMMUNE

Débiteur

PAYANT

Date

Date Entrée : 15/10/2023 10:43:10

| Détail | NGAP | Clé | Coef/Séance | Quantité | P.U | Mt. Organisme | Mt. Ligne |
|--------------------------|------|-----|-------------|----------|-------|------------------|-----------|
| CONSULTATIONS | | | | | | | |
| CONSULTATION GENERALISTE | C | | | 1,00 | 40,00 | 40,00 | 40,00 |
| Montant Total: | | | | | | | 40,00 |

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : QUARANTE DHS ET ZÉRO CENTIMES

Montant à payer : 40,00 DHS

15/10/2023 10:44:01

Facture Etablie Par Personnel N° : RAJMAR

Signature du responsable :

Ra P a i g l e P
P a i g l e
PP
Hôpital Mohammed V Casablanca
N° 151137502
Urgence
Généraliste
Dr. Zaid El Moudiri
Hôpital Mohammed V Casablanca





Facture Urgence

N° Quittance

Code ANAM : 090005299

N° Compte Courant 2140

Facture Numéro : 2 023 / P / 57 923

TRÉSORERIE PROVINCIALE DE CASABLANCA

Identification

Index Patient : 93 102

N° Urgence : 63 149

Nom et prénom : FATIMA OKBA

Adresse : RES AL BADR GH 3 IMM 24

Médecin

Spécialité : CONSULTATION AU CABINET PAR LE MÉDECIN
GÉNÉRALISTE
Type de urgence : MALADIE COMMUNE

Débiteur

PAYANT

Date

Date Entrée : 15/10/2023 10:43:10

| Détail | NGAP | Clé | Coef/Séance | Quantité | P.U | Mt. Organisme | Mt. Ligne |
|--------------------------------|------|-----|-------------|----------|--------|------------------|-----------|
| RADIOLOGIE STANDARD | | | | | | | |
| Examen radiologique du poignet | T102 | Z | 15,00 | 1,00 | 112,50 | 112,50 | 112,50 |
| Montant Total: | | | | | | | 112,50 |

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : CENT DOUZE DHS ET CINQUANTE CENTIMES

Montant à payer : 112,50 DHS

15/10/2023 10:51:33

Facture Etablie Par Personnel N° : RAJMAR

Signature du responsable :



143,60

① Dolivada 60

1.82215

22,20

② codolir 10

1.82215

165,80



PHARMACIE CHAOUIS
Rd. AL AMANE GH 42
Imm 323 - AIN SEBAA
CASABLANCA
Tél : 0622 66 57 09

Fract de l'os il de
Radius de p g & G

Avi Trah



DOLICOX®

60 mg

90 mg

120 mg

Etoricoxib

Comprimé pelliculé

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament :

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques; cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Composition du médicament :

60mg comprimé pelliculé :

- Composition qualitative et quantitative en substance active par unité de prise :

Etoricoxib 60 mg

90mg comprimé pelliculé :

- Composition qualitative et quantitative en substance active par unité de prise :

Etoricoxib 90 mg

120mg comprimé pelliculé :

- Composition qualitative et quantitative en substance active par unité de prise :

Etoricoxib 120 mg

Excipient à e

Classe pharmacologique :

DOLICOX®

classe des in

La classe ph

cobix.

Indications :

DOLICOX®

(inflammato

DOLICOX®

(inflammato

rhumatoïde

DOLICOX®

durée de la

DOLICOX®

(inflammato

Posologie :

Les comprimés

enfants, ni par les

Ne pas dépasser la dose

d'utiliser la dose la plus faible qui soulage votre douleur et de ne pas prendre DOLICOX®

60mg, 90mg & 120 mg, comprimé pelliculé plus longtemps que prescrit.

Arthrose

La dose recommandée est de 30 mg une fois par jour, augmentée à 60 mg maximum une

fois par jour si nécessaire.

Patients avec problèmes hépatiques.

Polyarthrite rhumatoïde

La dose recommandée est de 90 mg une fois par jour.

Douleur aiguë

L'étoricoxib ne doit être utilisé que pendant la période de douleur aiguë

Douleur post-opératoire après chirurgie dentaire

La dose recommandée est de 90 mg une fois par jour, traitement limité à 3 jours au

maximum.

Patients avec problèmes hépatiques

Goutte

La dose recommandée est de 120 mg une fois par jour qui ne doit être utilisée que pendant

la période aiguë de la douleur, limitée à 8 jours au maximum.

Patients avec problèmes hépatiques

En cas d'insuffisance hépatique légère (maladie du foie), vous ne devez pas prendre plus

de 60 mg par jour.

Si vous avez une forme modérée d'insuffisance hépatique, la dose maximale recommandée

est de 60 mg un jour sur deux, ou de 30 mg par jour.

Mode d'administration :

Voie orale.

Le ou les comprimés pelliculés DOLICOX® 60mg, 90mg & 120 mg, doivent être avalés en

une prise par jour. DOLICOX® 60mg, 90mg & 120 mg, comprimé pelliculé peut être pris

au cours ou en dehors des repas.

Durée du traitement

Ne prenez jamais DOLICOX® 60mg, 90mg & 120 mg, comprimé pelliculé dans les cas

suivants :

- Allergie (hypersensibilité) à l'étoricoxib ou à l'un des autres composants contenus dans

DOLICOX® 60mg, 90mg & 120 mg, comprimé pelliculé,

- Allergie aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), y compris l'aspirine et les

inhibiteurs sélectifs de la COX-2,

- Ulcère de l'estomac évolutif ou saignement gastro-intestinal,

- Maladie grave du foie,

- Maladie grave des reins,

- Grossesse et allaitement ou prévision de grossesse (voir Rubrique « Grossesse et

allaitement »),

et adolescents de moins de 16 ans,

- Maladie inflammatoire de l'intestin, telle que
ou colite,
- Diagnostic de maladie cardiaque à type d'
d'angine de poitrine, antécédents de crise d'
artères périphériques, ou toute sorte d'accide
ischémique transitoire. L'étoricoxib pourrait
cardiaque et d'accident vasculaire cérébral,
utilisé chez les patients ayant déjà eu des pro
cérébral,
- Hypertension artérielle non contrôlée par
votre infirmière si vous n'êtes pas sûr que votre
Si vous pensez que l'un de ces points vous
avoir consulté votre médecin au préalable.
Effets indésirables :
Description des effets indésirables
Comme tous les médicaments, DOLICOX® 60
provoquer des effets indésirables, mais ils ne
monde.
Si vous présentez un de ces symptômes, voir
60mg, 90mg & 120mg, comprimé pelliculé :
- Apparition ou aggravation d'un essouffleme
chevilles,
- Coloration jaune de la peau et des yeux (ja
troubles hépatiques,
- Douleur d'estomac importante ou permanen
- Réaction allergique pouvant inclure des sympt

PPV : 143DH60
PER : 10/25
LOT : L3390-12



Peu fréquents :

- Gastroentérite, infection des voies respirato
- Nombre de globules rouges, diminution du
- Plaquettes, hypersensibilité, augmentation d
- Anxiété, dépression, diminution du discernem
- N'existent pas, altération du goût, insomnie,
- Somnolence, vision trouble, irritation et rougeu
- Anomalie du rythme cardiaque, fréquence
- Sensation d'oppression, de pression ou de poi
- De chaleur, accident vasculaire cérébral,
- Artérielle, inflammation des vaisseaux sangui
- Ballonnement de l'estomac ou de l'intestin, n
- La bouche, ulcère de l'estomac, inflammatio
- Grave et aller jusqu'à l'hémorragie, syndrome
- Gonflement du visage, éruption cutanée
- Crampes/spasmes musculaires, douleur muscula
- Sang, modification des examens sanguins ou
- Troubles rénaux graves, douleur thoracique.

Peu fréquents pour DOLICOX® 120mg :
voies respiratoires hautes, Ulcérations de la b

Rares

- Angio-œdème (réaction allergique sévère a
- Confusion, agitation; Problèmes hépatiques,
- Insuffisance hépatique, jaunissement de la p
- Diminution du taux de sodium dans le sang.
- Très rares pour DOLICOX® 120mg, (surve**
Réactions allergiques (qui peuvent être suffiso
- avis médical)) (sifflements respiratoires ou
- inflammation de la paroi de l'estomac ou ulcé
- usqu'à l'hémorragie, troubles hépatiques, tra
- la pression artérielle, confusion, voir, ressentir
- Fréquence indéterminée** (ne pouvant être e
- Jaunissement de la peau et des yeux (jau
- cardiaque rapide.

Si vous ressentez un des effets mentionnés
effets indésirables non mentionnés dans cette
votre pharmacien.

Mises en garde spéciales et précautions

Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin ou votre phar

90mg & 120 mg, comprimé pelliculé si :

- Vous avez des antécédents de saignement

- Vous êtes déshydraté(e),

Codoliprane®

PARACETAMOL ET CODEINE

comprimé sécable

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

COMPOSITION

| | |
|--|-----------|
| Paracétamol | 400,00 mg |
| Phosphate de codeïne hémihydraté | 20,00 mg |
| (Quantité correspondant à codeïne base) | 15,62 mg |
| Excipients : gélatine, acide stéarique, amidon de pomme de terre | mé. |

FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé sécable - boîte de 16.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE CENTRAL ET PERIPHERIQUE

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Traitement chez l'adulte des douleurs d'intensité modérée à sévère par l'aspirine ou le paracétamol utilisé seul.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

- Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE en cas de :
- allergie connue au paracétamol ou à la codeïne,
 - maladie grave du foie,
 - chez l'asthmatique,
 - en cas d'insuffisance respiratoire,
 - allaitement.

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE, sauf avis contraire de votre médecin avec des médicaments contenant de la buprénorphine, de la nalbuphine ou de la pentazocine. EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPECIALES

En cas de maladie chronique (au long cours) des bronches ou des poumons s'accompagnant d'expectoration, en cas de maladie du foie ou d'insuffisance rénale ainsi que chez les sujets âgés, un avis médical est indispensable. Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée en raison du risque de dépendance.

PRECAUTION D'EMPLOI

La prise de boissons alcoolisées durant le traitement est déconseillée.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, Notamment avec la buprénorphine, la nalbuphine ou la pentazocine, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

Ce médicament contient du paracétamol et de la codeïne. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas afin de ne pas dépasser les doses maximales conseillées (cf. posologie).

PPV: 22DH20
PER: 05/23
LOT: M1714



Quittance

№ 705373 /B

Reçu de M

La somme de

| NATURE DE LA RECETTE | Ex | SOMME |
|----------------------|----|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Total | | |

Cachet du
Service

Le 202

Signature du
Régisseur

Quittance

/B

La somme de

Cachet du
Service

Le 202

Signature du
Régisseur