

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5262

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FASKANI NAIMA

Date de naissance : 11 11 1963

Adresse : Perles de TAMARIS GHAZIA AROU

Tél. : 06 61 18 90 21 Total des frais engagés : 79,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

**Professeur A. LAMINE**  
Chirurgie Orthopédique  
Traumatologique  
Av. Al Akid Al Allam Annakhla Im. A2  
Moulay Rachid 2 - Casablanca  
Tél. : 65 22 37 19 17

Autorisation CNDP N° : A-A215 / 2019

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02 / 12 / 2021

Nom et prénom du malade : Faskani Naima Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Synovectomie main gauche

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie :

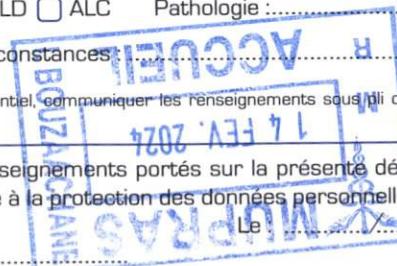
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : .....

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
02/02/24	Gratuit	G	Gratuit	Dr. A. Lamine, Dentiste Orthopédagogue, Clinique Al Amin, Route Azemmour Ben Ali Akid Al Allam, Casablanca, Tél. : 05 22 87 19 17

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHATEAU D'EAU Douar Rkalt, Km 22 Route Azemmour BEN Dar Bouazza - Casablanca Tel. : 05 22 93 70 22	02/02/24	75,170

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

### 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	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DÉBUT D'EXÉCUTION
				FIN D'EXÉCUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXÉCUTION

**ODF PROTHÉSES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
	35533411	11433553

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION**



Le 02.02.24

Mme Faskani Naima

57,10

1/Brexin

0



1 sachet

0

/ j x 7J

89,00

2/Cedol

1cp



1cp

Par jour Si douleur

79,10

RV le 9/2/24 à 8h 30 Pansement

**PHARMACIE CHATEAU D'EAU**  
Douar Rkialat, Km 22  
Route Azemmour BEN  
Dar Bouazza Casablanca  
Tél. : 05 22 93 70 22

Dr. **Assafeur A. LAMINE**  
Chirurgie Chirurgie  
Tourniolo 100  
Al Allam Annakhlia Im. A2  
Zachid 2 - Casablanca  
Tél. : 05 22 37 19 17  
**CLINIQUE AL AMINE**  
73, Angle 8th & 10th Jajjal  
Abou Marouane Abdellmalek  
Tel. : 05 22 86 05 36  
Fax : 05 22 86 05 30

# BREXIN®

Piroxicam Bêta-cyclodextrine

**Composition :**

**Brexin® 20 mg**  
Piroxicam-β-cyclodextrine  
10 sachets

PROMOPHARM S.A.



6 118000 240174

	Comprimés sécables	Suppositoires	Sachets
	20 mg	20 mg	20 mg
	1 comprimé Lactose	1 suppositoire	1 sachet Aspartam et Sorbitol

u groupe des oxicams.

gus.  
matoires aigus et chroniques.

LOT 23001  
PER MAR 26  
PPV 57010

hés par la prise de piroxicam, de substances d'activité proche

alance hépatocellulaire sévère ou insuffisance rénale sévère.

Aspartam dans les sachets.  
autres AINS, héparine, lithium, méthotrexate et ticlopidine.

**Effets indésirables :**

**Effets gastro-intestinaux :** anorexie, pesanteurs épigastriques, nausées, vomissements, constipation, douleurs abdominales, flatulences, diarrhées, ulcères.

**Réactions d'hypersensibilité :** dermatologiques, respiratoires et générales.

**Effets sur le système nerveux central :** céphalées, somnolences et vertiges.

**Précautions d'emploi :**

En cas d'hémorragie gastro-intestinale ou d'une manifestation cutanée ou muqueuse, interrompre immédiatement le traitement et consulter votre médecin.

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

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

**Mode d'emploi et posologie :**

Se conformer à la prescription médicale.

La posologie usuelle est de 20 mg par jour en une seule prise jusqu'à disparition des symptômes.

**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)**

**PROMOPHARM S.A.**  
Z.I. du Sahel, Had Soualem - Maroc  
S/L CHIESI FARMACEUTICI S.p.A.

# Cédol®

PARACETAMOL + CODEINE

Cédol®  
20 Comprimés

ID  
CC  
Pai  
Ph  
(Q  
Ex  
Fo



6 118000 180913

Comprimés

CLASSE

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1