

## 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.

### 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 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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 050594

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3697 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ELMLOUKHI MOHAMMED  
Date de naissance : 25-11-1959  
Adresse : CITE ESSALAM GH6 Imm 39  
APT 9 ELLOULFA CASABLANCA  
Tél. : 06 22 48 74 55 Total des frais engagés : 1 256 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur AIRAL Noura  
HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE  
710, Bd. Oued Sebou 2ème Etage N° 3  
E. Oued - Casablanca

Date de consultation : 05/01/2024  
Nom et prénom du malade : Jemmal Khadija Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Digestive  
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 : CASABLANCA Le : 20/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
05/11/2024	CS		370.15	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

05/11/2024

976.30

# 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 :

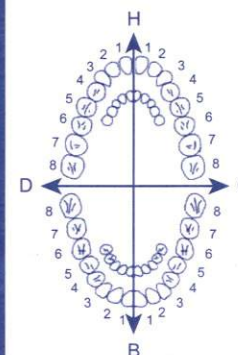
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

# 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

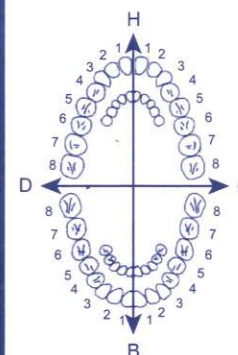
H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Spécialiste des maladies de l'appareil digestif,  
du foie et Proctologie  
Echographie abdominale  
Endoscopie digestive**

Lauréate de la Faculté de Médecine de Fès  
Ancienne Médecin du CHU Ibn Sina de Rabat  
Diplômée en proctologie de la Faculté de Médecine de Rabat  
Diplômée en Diététique Médicale et Nutrition de la Faculté  
de Médecine de Fès

إختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي  
الكبد - الأمعاء - المعدة والبناسير  
الفحص بالصدى  
الكشف بالمنظار

خريجة كلية الطب والصيدلة بفاس  
طبيبة سابقة بمستشفى ابن سينا الجامعي بالرباط  
دبلوم جامعي في علاج أمراض الشرج والبناسير بكلية الطب بالرباط  
دبلوم جامعي في علم التغذية الطبية والحمية بكلية الطب بفاس

## Ordonnance

Casablanca, le : 05/11/2024

LOT: 2478  
PER: 02-26  
PPV: 82DH10



LOT: 1812  
EXP: 06/25  
PPC: 54.500H

Jemmal Khadija

1- Dermosoft gel la

36 s de 3l d'eau

en bain de siège x

19/60 + 19/60 x 1

15pn x 21

47,80

3- Dase

15 x 31

4- Daffland 19/60 + 20 x 2

15 x 31

PPV: 47,00  
EXP:  
Lot N°:



51. Brexit 19,30  
 150 j. pil. rps  
 ou j-

61. Euzol 82,10  
 1 gel 1; 10 j. 10 rps

71. Lix 99  
 1-2 gel le soir

956,30

Docteur AKKAL Nour  
 HEPATO GASTRO-ENTEROLOGUE  
 710, Bd. Oued Zou 2ème N°3  
 El C. Casablanca

صيدية لوكوس  
 PHARMACIE LOUKOS S.A.R.L.  
 125-127 Bd Oued Zou Casablanca  
 Telfax 05 22 90 51 07

**Hemofast**  
Pommade

**Hemofast**  
Pommade et Suppositoires

19,60

Acétate de cinchocaïne .....	0,50 g
Hydrocortisone .....	0,50 g
Excipient .....	q.s.p. 100 g
<b>Suppositoires :</b> Acétate d'hydrocortisone .....	0,005 g
Esculoside.....	0,010 g
Benzocaïne .....	0,100 g
Excipient .....	q.s.p. 1 suppositoire

## PROPRIETES

Pommade et suppositoires anti-hémorroïdaires.

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ce médicament est une association d'un corticoïde d'un anesthésique local (pommade et suppositoires) et d'un veinotonique (suppositoires).

Ce médicament est préconisé dans certaines pathologies anales s'accompagnant de douleurs ou de démangeaisons, en particulier dans la crise hémorroïdaire.

## CONTRE-INDICATIONS

Ce médicament NE DOIT ETRE UTILISE dans les cas suivants :

Allergies aux anesthésiques locaux.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## MISE EN GARDE

- Ce médicament n'étant pas indiqué en cas d'infections anales dues à des bactéries, des virus, des parasites et des champignons, il ne doit être utilisé qu'après avis médical. Pour les suppositoires : l'attention des sportifs est attirée sur le fait que cette spécialité contient un principe actif pouvant induire une réaction positive des tests pratiqués lors des contrôles antidopages.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI

Le traitement doit être de courte durée (maximum 7 jours). Si la douleur ne cède pas rapidement, consultez votre médecin.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN, ET EN PARTICULIER POUR L'UTILISATION DES SUPPOSITOIRES : certains

**Brexin®**  
Piroxicam  $\beta$ -cyclodextrine

comprimés effervescent  
PROMOPHARM



6 118000 241 154

# BREXIN® comprimés effervescents

## Piroxicam bêta-cyclodextrine

..... 20 mg  
a-cyclodextrine)  
partam) q.s.p..... 1 comprimé

### Indications :

Elles sont limitées chez l'adulte et l'enfant à partir de 15 ans au :

..... au long cours :

s chroniques, notamment polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite ankylosante (ou  
e syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter et rhumatisme psoriasique),  
euses et invalidantes.

urte durée des poussées aiguës des :

que péri-arthrites scapulo-humérales, tendinites, bursites et affections aiguës post-  
noteur,

- 59.30
- arthrites microcristallines,
  - arthroses,
  - radiculalgies.

### Contre-indications :

Antécédents d'allergie ou d'asthme déclenchés par la prise de piroxicam ou de substances d'activité proche telles que  
autres AINS, aspirine.

Ulcère gastro-duodénal en évolution, insuffisance hépatocellulaire sévère, insuffisance rénale sévère.

Enfants (moins de 15 ans).

Phénylcétonurie du fait de la présence de l'aspartam.

Femme enceinte (à partir du 6<sup>ème</sup> mois).

En association avec les anticoagulants oraux, autres AINS.

### Effets indésirables :

Les plus fréquents sont les suivants :

Effets gastro-intestinaux comme : 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.

Réactions cutanéomuqueuses : éruption, prurit, rares cas de photosensibilisation, stomatites.

Enfant de moins de 15 ans : exceptionnelles infections graves de la peau en cas de varicelle rapportées.

### Précautions d'emploi :

Les patients présentant un asthme associé à une rhinite chronique, à une sinusite chronique et / ou à une polypose  
nasale, ont un risque de manifestation allergique lors de la prise d'aspirine et / ou d'AINS plus élevé que le reste de la  
population. L'administration de cette spécialité peut entraîner une crise d'asthme.

En cas d'hémorragie gastro-intestinale ou d'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'aspartam. Dans ce cas, l'arrêt de la prise de Brexin est recommandé.



# LIXIFOR

Lot/À consommer  
de préférence à

REF. 317MA

X1032 0727

LOT

PER

Prix

99.00



3 700221 339503

- Séné ..... 140 mg
- Radis Noir ..... 75 mg
- Anis Etoilé ..... 75 mg
- Cascara ..... 30 mg

## PROPRIETES :

LIXIFOR Actif dès le premier jour spécialement formulé pour :

- Régulation du volume et de la fréquence des selles
- Réduction des gaz
- Ballonnement et pesanteur abdominale
- Active le péristaltisme
- Améliore le confort intestinal



# Hemofast®

Pommade et Suppositoires

Chlorhydrate de cinchocaïne .....	0,50 g
Hydrocortisone .....	0,50 g
Excipient .....	q.s.p. 100 g
<b>Suppositoires :</b> Acétate d'hydrocortisone .....	0,005 g
Esculose .....	0,010 g
Benzocaïne .....	0,100 g
Excipient .....	q.s.p. 1 suppositoire

## PROPRIETES

Pommade et suppositoires anti-hémorroïdaires.

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ce médicament est une association d'un corticoïde d'un anesthésique local (pommade et suppositoires) et d'un veinotonique (suppositoires).

Ce médicament est préconisé dans certaines pathologies anales s'accompagnant de douleurs ou de démangeaisons, en particulier dans la crise hémorroïdaire.

## CONTRE-INDICATIONS

Ce médicament NE DOIT ETRE UTILISE dans les cas suivants :

Allergies aux anesthésiques locaux.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## MISE EN GARDE

- Ce médicament n'étant pas indiqué en cas d'infections anales dues à des bactéries, des virus, des parasites et des champignons, il ne doit être utilisé qu'après avis médical. Pour les suppositoires : l'attention des sportifs est attirée sur le fait que cette spécialité contient un principe actif pouvant induire une réaction positive des tests pratiqués lors des contrôles antidopages.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI

Le traitement doit être de courte durée (maximum 7 jours). Si la douleur ne cède pas rapidement, consultez votre médecin.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

AFIN D'EVITER D'EVENUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN, ET EN PARTICULIER POUR L'UTILISATION DES SUPPOSITOIRES : certains