

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3697 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ELMLOUKH MOHAMMED

Date de naissance : 25 - 11 - 1959

Adresse : CITE ESSALAM SNC Imm 39

APPT 9 EL OULFA CASABLANCA

Tél. : 06 22 48 74 55 Total des frais engagés : 1 256 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/01/2024

Nom et prénom du malade : Jemmal Khadija Age : 65

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 : 01/01/2024

Signature de l'adhérent(e) : (Signature)

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
05/11/2024	CS		3000 F CFA	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>MACIE 10/01/2024 0522905107</i>	<u>01.01.</u> <u>2024</u>	<u>956,30</u>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

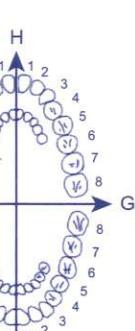
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

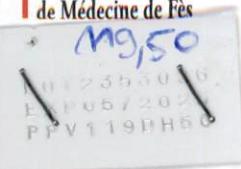
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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



اختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي
الكبد - الأمعاء - المعدة والبواصير
الفحص بالصدى
الكشف بالمنظار

خريجية كلية الطب والصيدلة بفاس

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

Ordonnance

Casablanca, le :

05/11/2012

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



LOT: 1812
EXP: 06/25
PPC: 54.50DH

Jemmal Klaadijs

ruro

1. Dermesgt gel lait

300 s ds bl d'ea

en boîte de brefe x

19,60 + Mifox

2! fermante +

1500 x 2 !

1500

3! Dasein

47,180

1500 x 3 !

06

4! Dafana

119,00 + 20,1x2

لوكوس فارماسي
ARMACIE LOUKKOS SA
3121 Oued Zid Oued Zid Oued
Tel/Fax 05 22 90 51 07

PPV: 47,00
EXP:
Lot N°:

1500 x 3 ! 03; pris 1500 x 2 !
par 1500 x 1 nos

rl ~~Bre de la~~ ~~15~~ 9,30
150 g ml nps
ouj-

61. ~~Eugel~~ ~~205~~ 82,10
sgel 1,10 p= Alvera

71. ~~Liax~~ ~~105~~ 99
1-2 gel le soi

245 g
PHARMACIE LOUKOS SARL
127 Bd Oued Zé ouïa Casablanca
Tel/Fax 05 22 90 51 07
Docteur AKKAL Noura
HEPATO GAST ENTER SOUE
710, Bd Oued Zé ouïa 2ème étage
Casablanca

96,30

Homofast

Pommade

19,60

Homofast

Pommade et Suppositoires

rate de cinchocaina	0,50 g
tisone	0,50 g
Excipient	q.s.p. 100 g
Suppositoires : Acéate 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 bêta-cyclodextrine

6 comprimés effervescents

PROMOPHARM



BREXIN® comprimés effervescents

Piroxicam bêta-cyclodextrine

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

dien du groupe des oxicams.

Indications :

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

59,30
s chroniques, notamment polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite ankylosante (ou
syndrome de Fießinger-Leroy-Reiter et rhumatisme psoriasique),
uses et invalidantes.

urte durée des poussées aiguës des :
que péri-arthrites scapulo-humérales, tendinites, bursites et affections aiguës post-
noteur,

- traumatiques
- arthrites microcristallines,
 - arthroses,
 - radiculalgies.

Contre-indications :

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

Ulcère gastroduodenal en évolution, insuffisance hépatocellulaire sévère, insuffisance rénale sévère.

Enfants (moins de 15 ans).

Phénylcétourie du fait de la présence de l'aspartam.

Femme enceinte (à partir du 6^{ème} 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 cutanéo-muqueuses : 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 polyposie 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'aspirine. Dans ce cas, se rafraîchir



LIXIFOR

Lot/À consommer
de préférence à

REF. 317MA
XI032 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

14,50

Hemofast®

Pommade et Suppositoires

Chlorhydrate de cinchocaine	0,50 g
Hydrocortisone	0,50 g
Excipient	q.s.p. 100 g
Suppositoires : 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