

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.

Diagnostic 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.

Prothèse 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

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- 0014330

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1214 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BACHIR AZZOUZ Date de naissance : 01/01/1951

Adresse : DENZIRIYAH KLOU YIL MS 278

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 :

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) :

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
31/08/19	09		4000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/08/19	87,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	31/08/19	215	112,5

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'occlusion.

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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



ROYAUME DU MAROC
 MINISTÈRE DE LA SANTÉ
 PREFECTURE DES ARRONDISSEMENTS
 EL FIDA MEHS SULTAN
 CENTRE HOSPITALIER PREFECTORAL
 EL FIDA MEHS SULTAN
 HOPITAL MOHAMED BAOUAFI
 CASABLANCA

المملكة المغربية
 وزارة الصحة
 المركز الاستشفائي لصحة
 الكادم مريم السلطان
 مستشفى محمد بواقي
 الدار البيضاء

CASABLANCA LE : 31 / 08 / 1999 الدار البيضاء في

ORDONNANCE وصفة

PHARMACIE AL BOUSTANE
 580, Bd Ibn Sina Hay Hassani
 CASABLANCA
 Tel : 05 22 90 33 97

1) Dolent 12
 2) Aspirin



2) Aspirin
 703

87,40

PHARMACIE AL BOUSTANE
 580, Bd Ibn Sina Hay Hassani
 CASABLANCA
 Tel : 05 22 90 33 97

DOLICOX®

60 mg

90 mg

120 mg

Etoricoxib

Comprimé pelliculé

Veuillez 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 à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez d'autre, même en cas de symptômes identiques; cela pourrait lui être nuisible.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet 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 : Etoricoxib 60 mg.

90mg comprimé pelliculé :

- Composition qualitative et quantitative en substance active par unité : Etoricoxib 90 mg.

120mg comprimé pelliculé :

- Composition qualitative et quantitative en substance active par unité : Etoricoxib 120 mg.

Excipient à effet notoire : Lactose monohydrate.

Classe pharmacothérapeutique ou le type d'activité :

DOLICOX® 60 mg, 90 mg et 120 mg, comprimé pelliculé est l'un des médicaments appartenant à la classe des inhibiteurs sélectifs de la cyclo-oxygénase-2 (COX-2).

La classe pharmacothérapeutique : anti-inflammatoires anti-rhumatismaux.

Indications thérapeutiques :

DOLICOX® 60mg, comprimé pelliculé contribue à réduire la douleur (inflammation) des articulations et des muscles chez les patients atteints d'arthrose.

DOLICOX® 90mg, comprimé pelliculé contribue à réduire la douleur (inflammation) des articulations et des muscles chez les patients atteints d'arthrite et de spondylarthrite ankylosante.

DOLICOX® 90mg, comprimé pelliculé est également utilisé pour le traitement de la douleur modérée après chirurgie dentaire.

DOLICOX® 120 mg, comprimé pelliculé contribue à réduire la douleur (inflammation) des articulations et des muscles chez les patients atteints d'arthrose.

Posologie

Les comprimés pelliculés DOLICOX® 60mg, 90mg et 120mg, ne doivent pas être utilisés chez les enfants, ni par les adolescents de moins de 16 ans.

Ne pas dépasser la dose recommandée pour le traitement de votre douleur. Utilisez la dose la plus faible qui soulage votre douleur et de ne pas dépasser la dose maximale.

DOLICOX® 60mg, 90mg et 120 mg, comprimé pelliculé plus longtemps que prescrit.

Arthrose

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

Patients avec problèmes hépatiques**Goutte**

La dose recommandée est de 120 mg une fois par jour qui ne doit être utilisée 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 dépasser la dose maximale.

Ne prenez jamais DOLICOX® 60mg, 90mg et 120 mg, comprimé pelliculé dans les cas suivants :

Si vous avez une forme modérée d'insuffisance hépatique, la dose maximale est de 60 mg un jour sur deux, ou de 30 mg par jour.

Mode d'administration :

Voie orale.

Les comprimés pelliculés DOLICOX® 60mg, 90mg et 120 mg, doivent être avalés en une prise par jour. DOLICOX® 60mg, 90mg et 120 mg, comprimé pelliculé peut être pris avec ou sans nourriture.

• Durée du traitement

Ne prenez jamais DOLICOX® 60mg, 90mg et 120 mg, comprimé pelliculé dans les cas suivants :

- Allergie (hypersensibilité) à l'etoricoxib ou à l'un des autres composants contenus dans DOLICOX® 60mg, 90mg et 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 »).

- Enfants et adolescents de moins de 16 ans.

- Maladie inflammatoire de l'intestin, telle que la colite.

- Diagnostic de maladie cardiaque à type d'angine de poitrine, antécédents de crise cardiaque, artères périphériques, ou toute sorte d'accident vasculaire transitoire. L'etoricoxib peut aggraver l'angine de poitrine et d'accident vasculaire cérébral, et chez les patients ayant déjà eu des problèmes cardiaques.

- Si vous n'êtes pas sûr que vous avez une maladie cardiaque, consultez votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre ce médicament.

Effets indésirables :

Les effets indésirables les plus fréquents des médicaments, DOLICOX® 60mg, 90mg et 120mg, comprimé pelliculé sont les suivants :

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.

- Douleur à l'estomac.



ROYAUME DU MAROC
MINISTERE DE LA SANTE
PREFECTURE DES ARRONDISSEMENTS
EL FIDA MERS SULTAN
CENTRE HOSPITAIER PREFECTOR
EL FIDA MERS SULTAN
HOPITAL MOHAMED BAOUAFI
CASABLANCA

المملكة المغربية
وزارة الصحة
المركز الإستشفائي لعناية
القضاء مرس السلطان
مستشفى محمد بوافي
الدار البيضاء

CASABLANCA LE:

SERVICE D'ACCEUIL D'URGENCE

NOM :

Kbiri

PRENOM :

Negre

DATE :

61503

HEURE :

MOTIF DE CONSULTATION :

- MALADIE
- IMPRUDENCE
- VIOLENCE
- A V P
- A T
- INTOXICATION
- BRULURE
- MATERNITE
- AUTRES

LA 364

SIGNE :

ROYAUME DU MAROC

Ministère de la santé

Hôpital Lt. Mohamed Baouafi - Casablanca

Reçu de M. *Kouss*La Somme de *1125*Quittance

N° 072213/A

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
<i>Zir</i>		
	<i>1</i>	
Total		<i>1125</i>

Cachet du
ServiceLe *31/08/20*
Signature du
Régisseur

ROYAUME DU MAROC

Ministère de la Santé

Hôpital Lt. Mohamed Baouafi - Casablanca

Reçu de M. *Abou Merzouq*

La Somme de *5000*

Quittance

N° 072211/A

DESCRIPTION DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
<i>Gu</i>		
Total		<i>5000</i>

Cachet du
Service

Le *31* *20*
Signature du
Régisseur

