

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

nditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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.

ladie 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angie Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-447054

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1562 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SARDAOUI MOHAMED

Date de naissance : 01.01.1954

Adresse : 77-BLOC D1-CITE DAKHLA-AGADIR

Tél : 0666528709 Total des frais engagés : 596,00 DHS Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/04/2019

Nom et prénom du malade : SARDAOUI MOHAMED Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Lumbago

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 : Agadir Le : 13/09/2019

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
tes des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant detaille des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
	Cc		2005H	INP : 10111649

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/09/19	MS. 60
	21/09/19	280 Vb

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant detaille des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prie de preciser la dent traitée, l'acte pratique en indiquant la nature des soins																		
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de protheses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				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																	
	[Creation, remont, adjonction] Fonctionnel. Therapeutique. necessaire a 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



Agadir, le : 21/03/2014

Mr SARDAOU

Nobled

3x49.40 Coltrax

2x16.90

Eperap 500

100.40

Brace

280.40

15.15

PHARMACIE AL MANSOUR EDDAHBI
Dr. LAMIA OUSSEHIA
61, Av. Al Mansour Eddahbi
Cité Dakhla - AGADIR
Tél: 05 28 22 01 45
INPE: 042007377

Dr. ZOUITA Abdellatif
Chirurgien traumatologue Orthopédiste
Chirurgie de la main
Expert assermenté auprès des Tribunaux

Dr. ZOUITA Abdellatif

chirurgien traumatologue Orthopédiste

Chirurgie de la main

Ancien chirurgien des hopitaux

de france (nantes et cholet)

Ancien Chirurgien de l'Hopital Hassan II - Agadir

Expert assermenté auprès des Tribunaux



الدكتور زويطة عبد اللطيف

جراحة العظام والمفاصل

جراحة اليد

جراح سابق بمستشفيات فرنسا (نانت و شولي)

جراح بمستشفى الحسن الثاني أكادير

خبير محلف لدى المحاكم

Agadir, le : 21/09/2014

N° SARDAOUI

20h00

2x57.60

Soluedrop 120 (x2)

MS.60

PHARMACIE AL MANSOUR EDDAHBI
Dr. LAMIA OUSSERHIR
61, Av. Al Mansour Eddahbi
Cité Dakhla - AGADIR
Tél: 05 28 22 01 45
INPE: 042007377

Dr. ZOUITA Abdellatif
Chirurgien traumatologue Orthopédiste
Chirurgie de la main
Expert assermenté auprès des Tribunaux
Tél.: 05 28 23 10 49 - GSM: 06 51 12 75 91



P.P.V: 57DH60



P.P.V: 57DH60

برينكسين[®] أقراص فائرة بيروكسيكام بيطاسيكلوديكسترين

ملغ 20

قرص واحد

مؤديا إلى منع عمل لويحات

PE 05/21
PP 1002240

تركيب:
بيروكسيكام
(على شكل بيروكسيكام بيطاسيكلوديكسترين)
سواغ (محتوي على لاكلتوز وأسبارتام) من أجل
خاصيات:
مضاد للالتهاب غير سترويدي منتمي إلى مجموعة أوكسيكام
الدم.
دواعي الاستعمال:
محدودة عند البالغين، الطفل، أكثر من 15 سنة في البالغين.

EFFERALGAN[®] 500mg

Paracétamol
comprimés effervescent

EFFERALGAN[®] 500 mg

Important :

PPV 15DH90

EXP 03/2022

Présentation

LOT 89029 2

Boîte de 16 comprimés

composition 16 comprimés effervescent

Paracétamol

EFFERALGAN[®] 500mg

Paracétamol
comprimés effervescent

EFFERALGAN[®] 500 mg

Important :

PPV 15DH90

EXP 03/2022

Présentation

LOT 89029 2

Boîte de 16 comprimés

composition 16 comprimés effervescent

Paracétamol

Excipient q.s.p.

1 comprimé de 3,26 g.

Propriétés :

Antalgique.

Antipyrétique.

Indications :

Traitement symptomatique des affections douloureuses et des affections fébriles.

Précautions d'emploi :

- Ne pas dépasser les posologies indiquées et consulter rapidement le médecin en cas de surdosage accidentel.
- Ne pas laisser à la portée des enfants.
- Ne pas utiliser de façon prolongée sans avis médical.
- En raison de sa teneur en principe actif, ne pas administrer ce produit au jeune enfant, à moins d'un fractionnement de la prise.
- En cas de régime désodé ou hyposodé, il faut savoir que chaque comprimé d'EFFERALGAN 500 mg contient environ 412,4 mg de sodium et en tenir compte dans la ration journalière.

Mode d'emploi et posologie :

- Adultes à partir de 15 ans : 1 à 2 comprimés 1 à 3 fois par jour.
 - Enfants (de 7 à 15 ans) :
 - de 7 à 13 ans : un demi comprimé 1 à 3 fois par jour.
 - de 13 à 15 ans : 1 comprimé 1 à 3 fois par jour.
- Dissoudre les comprimés dans un grand verre d'eau .
Les prises doivent être espacées d'au moins 4 heures.

Laboratoires LAPROPHAN S.A. 21, Rue des Oudaya - Casablanca
Fabriqué au Maroc sous licence des laboratoires U P S A

F93232P070593

COLTRAX®

Thiocolchicoside

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

Composition qualitative et quantitative :

Comprimés :

THIOLCHICOSIDE (DCI)

Excipients.....

Solution injectable IM :

THIOLCHICOSIDE (DCI)

Excipients.....

49,40

4 mg
.....1 comprimé

4 mg
2 ml

COLTRAX®

Thiocolchicoside

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

Composition qualitative et quantitative :

Comprimés :

THIOLCHICOSIDE (DCI)

Excipients.....

Solution injectable IM :

THIOLCHICOSIDE (DCI)

Excipients.....

49,40

4 mg
.....1 comprimé

4 mg
2 ml

COLTRAX®

Thiocolchicoside

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

Composition qualitative et quantitative :

Comprimés :

THIOLCHICOSIDE (DCI)

Excipients.....

q.s.p.....

4 mg

.....1 comprimé

Solution injectable IM :

THIOLCHICOSIDE (DCI)

Excipients.....

q.s.p.....

Forme pharmaceutique :

Comprimés : Comprimés boîtes de 12 comprimés.

Solution injectable IM : Ampoules de 2 ml ; Boîtes

Classe pharmaco-thérapeutique :

Myorelaxant (relaxant musculaire.)

49,40

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

COLTRAX® est utilisé dans le traitement d'appoint des contractures musculaires douloureuses. Il doit être utilisé pour les affections aiguës liées à la colonne vertébrale.

ATTENTION !

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- Hypersensibilité au Thiocolchicoside, à l'un des excipients ou à la colchicine.

- Allaitement.

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE pendant le premier trimestre de grossesse.

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

MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Comprimés : En raison de la présence de Saccharose et de Lactose, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas de Galactosémie congénitale, d'intolérance au fructose, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en sucrase-isomaltase ou en lactase (Maladies métaboliques rares). Des précautions sont nécessaires chez les personnes souffrant d'épilepsie. L'apparition possible d'une diarrhée impose la diminution de la posologie.

En cas de douleur de l'estomac, il peut être utile de prendre le comprimé avec un médicament qui protège l'estomac : demandez l'avis de votre médecin.

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

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS :

Aucune interaction avec la Thiocolchicoside n'est attendue ni connue à ce jour.

SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

GROSSESSE - ALLAITEMENT :

Grossesse :

Ne prenez pas ce médicament :

- si vous êtes enceinte, pourriez tomber enceinte ou pensez que vous pourriez être enceinte.

- si vous êtes une femme en âge d'avoir des enfants n'utilisant pas de contraception.

Ce médicament peut mettre en danger votre enfant à naître.

Allaitement :

Ce médicament passe dans le lait maternel. Il est contre-indiqué pendant l'allaitement.