

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0026321

Informations 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.

Biologie 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 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

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Louzi Mohamed Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

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 :/...../.....

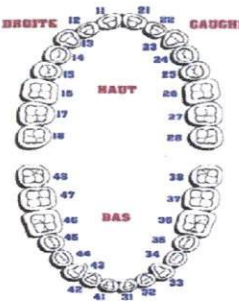
Signature de l'adhérent(e) :

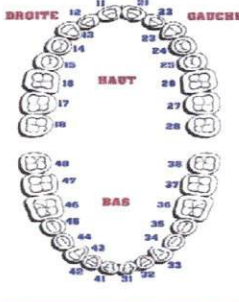
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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 Montant des soins |
|---|-------------------|---------------------|-------------|--------------------------------------|
|  | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| O.D.F. Prothèses dentaires | Détermination du coefficient masticatoire | Coefficient des travaux | | | | | | | | | | |
|---|---|----------------------------|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|--|
|  | <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>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | |
| | H | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

| (Création, Remont, adjonction) | Date du devis |
|--|---------------|
| Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession | |
| | |
| | |

| VOLET ADHERENT | NOM : <u>LOUBI</u> | Mle <u>0350</u> |
|--|--------------------|------------------------|
| DECLARATION N° | W18-405389 | |
| Date de Dépôt | Montant engagé | Nbre de pièces Jointes |
| | <u>384 + 120</u> | |
| Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois | | |
| Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle | | |



W18-405389

DATE DE DEPOT

...../...../201.....

| A REMPLIR PAR L'ADHERENT | Mle |
|--|---|
| Nom & Prénom <u>Loubi Mohamed</u> |  |
| Fonction : <u>Rebrite</u> Phones <u>0669 90 7630</u> | |
| Mail | |

| MEDECIN | Prénom du patient |
|---|----------------------|
| Adhèrent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age | Date <u>02/09/19</u> |
| Nature de la maladie | Date 1ère visite |
| <u>arthrose de poignet Dr</u> | |

| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances | | |
|---|---------------------|---------------------------------|
| Nature des actes | Nbre de Coefficient | Montant détaillé des honoraires |
| <u>e</u> | | <u>120,00</u> |

| PHARMACIE | Date <u>02/09/19</u> |
|-----------------------|----------------------|
| Montant de la facture | |
| <u>384,50</u> | |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | Date : <u>25.09.19</u> |
|------------------------------|---------------------------------|
| Désignation des Coefficients | Montant détaillé des Honoraires |
| <u>6100 fr</u> | <u>120,00</u> |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | Date : |
|----------------------|---------------------------------|
| Nombre | Montant détaillé des Honoraires |
| AM PC IM IV | |
| | |

Directeur Médical : Dr. A. AATIK
 Médecin Agrégé par le Ministère
 de la Santé Publique
 Hôpital d'Anatomie - 122 N° 6 Al Chock
 Tel : 0522 214511 - Casablanca
 Laboratoire REGRAGUI
 1022 90 09 67 - Fax : 02 90 09 27

Pharmacie Naima

INP : 92044569

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Docteur Mohamed AATIK

الشافعي هو الله

الدكتور محمد عتيق

Doctorat en Médecine

Médecine Générale

Diplômé en médecine du sport

Nutrition - Diététique sportive

Médecine Naturelle

Diplômé en Expertise médicale et

Réparation Juridique de Dommage Corporel

Assermenté auprès des Tribunaux



دكتوراه في الطب

الطب العام

حائز على شهادة الطب الرياضي

الحمية - التغذية الرياضية

الطب الطبيعي

حائز على شهادة الخبرة الطبية و التعويض القانوني

للضرر الجسدي

خبير محلف لدى المحاكم

Casablanca, le: 02/09/18

N. Loui Mohamed

37.00



Inovel 500 n°1

no 3x 1/1 n°1



Fleximax gelule n°1

1 gelule x 21



Cotamine Domest n°1

1 appli cot 2 2x



Arcoxia 120 n°1

1 gelule 120

64.00

37.00

134.16



Docteur Mohamed AATIK

حي مولاي عبد الله شارع الخليل الزنقة 132 الرقم 6 عين الشق 20480 الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 21 85 11 - Tél.Direct: 06 12 06 84 78 - Fax: 0522 50 84 03

DUOXOL® 500 mg/2 mg
Comprimé
Boîte de 20
Paracétamol - Thiocolchicoside

- Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament.
- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez conseil à votre pharmacien ou à votre médecin.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Si vous présentez des symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous ressentez un autre effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.



COMPOSITION :

Paracétamol.....
Thiocolchicoside.....
Excipients :
Excipients à effet notoire : Amidon de blé, lactose.

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament est préconisé dans :

- Traitement symptomatique de la douleur d'origine rhumatismale ou musculaire en traumatologie et gynécologie.
- Traitement d'appoint des contractures douloureuses au cours :
 - des affections vertébrales dégénératives et des troubles statiques vertébraux : torticolis, dorsalgies, lombalgies.
 - des affections traumatologiques et neurologiques (avec spasticité).

ATTENTION !

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament ne doit pas être utilisé en cas :

- d'hypersensibilité au thiocolchicoside ou au paracétamol,
- de grossesse,
- d'allaitement,
- d'insuffisance hépatocellulaire,
- d'hypersensibilité à l'un des excipients du produit,
- chez l'enfant de moins de 15 ans.

MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Chez les patients souffrant d'insuffisance hépatique et/ou rénale, d'affections cardiaques ou pulmonaires, éviter les traitements prolongés.
- Pour éviter le risque de surdosage au paracétamol, vérifier l'absence de paracétamol dans la composition d'autres médicaments.
- Le thiocolchicoside doit être administré avec prudence chez les patients épileptiques ou à risque de convulsions.
- En cas de diarrhée, prévenez votre médecin qui pourra éventuellement réajuster la posologie.
- Eventuellement, ingérer les comprimés avec un pansement gastrique.
- Ne pas dépasser la dose prescrite.
- Il est conseillé de consulter un médecin pour des traitements excédant 7 jours.

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

En raison de la présence de lactose, ce médicament est contre-indiqué en cas de galactosémie congénitale, de syndrome de malabsorption du glucose et de galactose, ou de déficit en lactase.

L'amidon de blé peut provoquer des réactions allergiques chez les personnes allergiques au blé ainsi que des intolérances chez les personnes souffrant de maladies coeliakiques.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS :

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.

DUOXOL® peut augmenter la toxicité du chloramphénicol.

En cas de traitement avec des anticoagulants oraux, on peut l'administrer occasionnellement comme analgésique d'élection.

Examens paracliniques :

La prise de paracétamol peut fausser le dosage de l'acide urique sanguin par la méthode à l'acide phosphotungstique et le dosage de la glycémie par la méthode à la glucose oxydase-peroxydase.

FLEXIMAX

FORME ET PRESENTATION :

Gélule, Boite de 30.

COMPOSITION (par gélule)

Extrait sec

Stéarate de

HPMC hyp

FLEXIMAX

PROPRIETE

FLEXIMA

et permet d

CONSEILS

2 Gélules p

PRECAUTIO

Femmes ence Lot N° : FX08

Exp : 06/2022

P.P.C : 149 DH

Ne pas dépasser la dose journalière recommandée

Ne pas laisser à la portée des enfants

A conserver à l'abri de l'humidité et de la chaleur

Fabriqué et Distribué par les laboratoires Bioexpert Maroc.

Promotion Médicale Health Innovation Casablanca Maroc.

Complément alimentaire n'est pas un médicament.

Autorisation du ministère de la santé N°:DA2017161412570 DMP/20UCAMAv4

Autorisation sanitaire ONSSA N°:EPSCP.9.12.14

FLEXIMAX

FORME ET PRESENTATION :

Gélule, Boite de 30.

COMPOSITION (par gélule)

Extrait sec

Stéarate de

HPMC hyp

FLEXIMAX

PROPRIETE

FLEXIMA

et permet d

CONSEILS

2 Gélules p

PRECAUTIO

Femmes ence Lot N° : FX08

Exp : 06/2022

P.P.C : 149 DH

Ne pas dépasser la dose journalière recommandée

Ne pas laisser à la portée des enfants

A conserver à l'abri de l'humidité et de la chaleur

Fabriqué et Distribué par les laboratoires Bioexpert Maroc.

Promotion Médicale Health Innovation Casablanca Maroc.

Complément alimentaire n'est pas un médicament.

Autorisation du ministère de la santé N°:DA2017161412570 DMP/20UCAMAv4

Autorisation sanitaire ONSSA N°:EPSCP.9.12.14

COSAMINE

Crème chauffant

Arcoxia 120 mg

7 comprimés

P.P.V : 134,50 DH

Distribué par MSD Maroc

AMM 448/16DMP/21/NT0



6 118001 160068

70042684/120916-1/3882

Lot : 122018

PER : 11/2021

PPC : 64,00 dh