

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

tions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

ologie 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.

que :

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

ducation :

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 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 caractére 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 : ILOUZI Mohamed Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

350

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 :

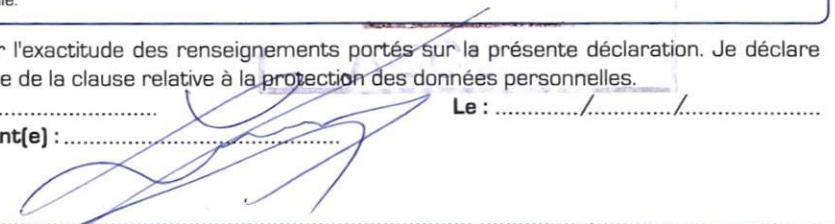
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODP.

VOLET ADHERENT NOM : LORI Mle 0350

DECLARATION N° W18-405389

Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
---------------	----------------	------------------------

$$384 + 12$$

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

1201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme		
Nom & Prénom		Loubi Mohamed		
Fonction : Rebraaté		Phones. 06.69.90.7630		
Mail				
MEDECIN		Prénom du patient		
Adhérent <input type="checkbox"/>		Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie		Date 02/09/19		
		Date 1ère visite		
arthrose de genou dr				
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
e			120, 00	
PHARMACIE		Date 02/09/19		
Montant de la facture		384,50		
 				
ANALYSES - RADIOPHARIES		Date 25.09.19		
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoriaires		
Broofc		120,00 ds		
				
AUXILIAIRES MEDICAUX Date :				
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	

Pharmacia & Natta

INP : 92044569

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 à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit pour des symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous avez des questions, 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 de :
 - 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 DOUCE, 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 lactose.

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 coeliaques.

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 hydro

FLEXIMAX

PROPRIETE

FLEXIMAX

et permet d'

CONSEILS

2 Gélules p

PRECAUTION

Femmes ence Lot N° : FX08

Exp : 06/2022

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



30 Gélule

P.P.C : 149 DH

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/20UCA/MAv4

Autorisation sanitaire ONSSA N°:EPSCP.9.12.14

FLEXIMAX

FORME ET PRESENTATION :

Gélule, Boite de 30.

COMPOSITION (par gélule)

Extrait sec

Stéarate de

HPMC hydro

FLEXIMAX

PROPRIETE

FLEXIMAX

et permet d'

CONSEILS

2 Gélules p

PRECAUTION

Femmes ence Lot N° : FX08

Exp : 06/2022

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



30 Gélule

P.P.C : 149 DH

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/20UCA/MAv4

Autorisation sanitaire ONSSA N°:EPSCP.9.12.14

COSAMINE

10

Crème chauffante

Arcoxia 120 mg

7 comprimés

P.P.V : 134,50 DH

Distribué par MSD Maroc

AMM 448/16DMP/21/NTO



6 118001 160068

Lot : 122018

PER : 11/2021

PPC : 64,00 dh

7004294112091-1/382