

# 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 :

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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie : N° P19-0016220

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1856 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE  
Nom & Prénom : SLAOUI Khnata Date de naissance : 1956  
Adresse : 50601 KHAT FARM ouyda  
Tél. : 0667 123286 Total des frais engagés : 98,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16 / 09 / 19  
Nom et prénom du malade : SLAOUI Khnata Age : 62 ans  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : 17 OCT. 2019 sciatique  
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 : Oujda Le : 16 / 09 / 19  
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
16/09/19	C	1	6	
25/09/19	C	1	6	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/09/19	41,80.
	25/09/19	56,60.

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

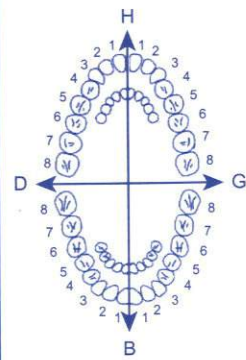
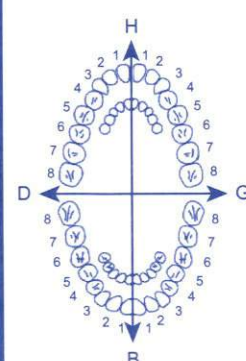
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVÉ 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

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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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

Docteur KAOUACHI Samiya

Assermentée auprès des Tribunaux

Angle Bd. Mohammed V et Bd. Zerkouni

Immeuble B.C.M. 1er Etage

Tél. : 05 36 68 24 53 - OUJDA

الدكتورة كحواشي سامية

خبيرة في الطب العام

لدى هيئة محكمة الاستئناف

زاوية شارع محمد الخامس وشارع الزرقطوني

عمارة ب.س.م. - الطابق الأول

الهاتف : 05 36 68 24 53 - وجدة

Oujda, le 26/09/19..... في وجدة،

SLAoui khnote

41,80  
Diclo 5

2ij im

28

macie BENQACHOUR  
tifa BENQACHOUR  
N°12  
53 02 OUJDA

Dr KAOUACHI Samiya  
Assermentée auprès des Tribunaux  
Angle Bd. Mohammed V et Bd. Zerkouni  
Immeuble B.C.M. 1er Etage  
Tél. : 05 36 68 24 53 - OUJDA

# DICLO PHARMA 5®

(DICLOFENAC SODIQUE)

## COMPOSITION

Spécialités Composants	Diclo pharma 5* 75 mg injectables	Diclo pharma 5* 50 mg comprimés gastro-résistants	Diclo pharma 5* 100 mg suppositoires
Diclofénac sodique	75 mg	50 mg	100 mg
Excipients	q.s.p. 3 ml	q.s.p. 1 comprimé	q.s.p. 1 suppositoire

## INDICATIONS

Maladies rhumatismales

rh

C

Le

ent

ou

Con

qui,

ation articulaire : arthrite rhumatismale, ostéoarthrose. Maladies articulaire : périarthrites, bursites, tendinites, myosites, lombosciatalgies.

é en cas d'ulcère gastrique ou duodénal, de graves troubles gastro-intestinaux, allaitement, d'insuffisance rénale ou d'altération de l'hémopoïèse, anticoagulants.

En cas d'inflammatoires non stéroïdiens, le Diclofénac est contre-indiqué chez les sujets qui, après l'administration d'acide acétylsalicylique ou d'autres médicaments qui inhibent la prostaglandine synthétase, ont présenté des crises asthmatiques, l'urticaire ou rhinite aiguë. De plus, il est contre-indiqué dans les cas d'hypersensibilité individuelle vérifiée au Diclofénac. Enfant de moins de 15 ans pour les injectables et les suppositoires et moins de 12 ans pour les comprimés

## EFFETS INDESIRABLES

Surtout au début du traitement on pourra enregistrer des troubles gastro-intestinaux tels que nausées, diarrhées, flatulences.

Si des troubles plus graves se présentent (selles foncées ou douleurs épigastriques), il faudra consulter

Docteur KAOUACHI Samiya

Assermentée auprès des Tribunaux

Angle Bd. Mohammed V et Bd. Zerktouni

Immeuble B.C.M. 1er Etage

Tél. : 05 36 68 24 53 - OUJDA

الدكتورة كحواشي سامية

خبيرة في الطب العام

لدى هيئة محكمة الاستئناف

زاوية شارع محمد الخامس وشارع الزرقطوني

عمارة ب.س.م. - الطابق الأول

الهاتف : 05 36 68 24 53 - وجدة

Oujda, le 25/09/19..... في وجدة،

SLAOUI Khnate

Diposte

5660 12 17

Pharmacie BENQACHOUR  
Dr. Latifa BENQACHOUR  
Bd. Sidi Yahya N°12  
Tél: 70 53 02 OUIDA

Dr KAOUACHI Samiya  
Assermentée auprès des Tribunaux  
Angle Bd. Mohammed V et Bd. Zerktouni  
Immeuble B.C.M. 1er Etage  
Tél. : 05 36 68 24 53 - OUJDA

# Diprostène®

Suspension injectable en seringue pré-remplie  
Bétaméthasone



611 800115 013 7  
DIPOSTENE 1 Seringue  
P.P.V : 56,60 DH  
AMM 235DMP/21/NTT  
Distribué par MSD Maroc  
B.P. 136 Bouekoura

O

**Veuillez lire attentivement cette notice  
informations importantes pour vous.**

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la consulter à tout moment.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit.

Il pourrait leur être nocif, même si les symptômes ne semblent pas graves.

- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

des

nes.