

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.

Radiologie 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 canaux, 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 canaux.

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

La 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° W19-427443

Commun

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0018 MAMEL

Société : RAM / R 0678

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : HARRI Zoubida

Date de naissance : 22/08/45

Adresse : 27 Jba Boulevard Appt 4 AGDAL

Tél : 0661923402

Total des frais engagés : 602,40 x

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/02/20

Nom et prénom du malade : HARRI Zoubida

Lien de parenté : Lui-même

Nature de la maladie : Maladie des Os

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 : Rabat

Le : 28/02/20

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
28/04/20		5	3000	INP : INP 101057867

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date
Pharmacie de NÉLIANTHÈME Sari J. BELAKHDAR 15, Av. de l'Industrie, Amdal - Rabat	Montant de la Facture
102003316	28/02/2023 202,40

[illegible]

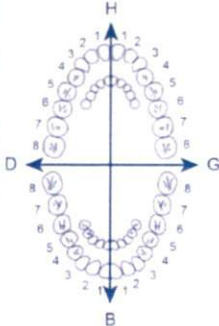
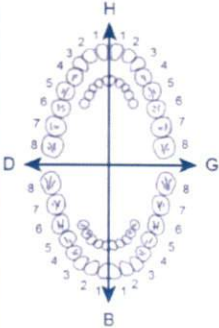
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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	INP : <input type="text"/>														
				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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور منير الماقي

مختص في أمراض العظام والمفاصل
والروماتيزم والترويض الطبي

Byrne Ltd

Rabat, le 28 Fevr 2020.

Forbida nana

52, 80

1400000000 1400000000

82, 2

209 100x200 1000 sq ft
1000 sq ft

37,00

30/ Duxor Rep on another / bit

30.60

[4] Nalgovic : 1 up an
diner.

202,40

PHARMACIE DE L'HELIANTHEME Sari
J. BELLAKHDAR
15, Av. de Michlifen, Agdal - Rabat
Tel : 05 37 67 37 96

Docteur Mounir EL MALKI
Rhumatologie, Maladie des Os
et des Articulations Chiropraticien
2 Rue Abdou Doucoule - Babar

30, Rue Abdelmoumen Quartier HASSAN - RABAT.

Tél : 05.37.70.79.27 - Gsm: 06.51.68.86.45

DUOXOL® 500 mg/2 mg

Comprimé
de 20

thiocolchicoside

prendre ce médicament

ez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien,
e donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de
queux un **état indésirable** non mentionné dans cette notice.

500 mg
2 mg
...q.s.p... 1 comprimé

ou musculaire en traumatologie et gynécologie.

tiques vertébraux : torticolis, dorsalgies, lombalgies,
stictie).



باراسيتامول / ثيوكولشيكوزيد
500 ملغ / 2 ملغ
عن طريق الفم

علبة من 20 قرصا

بوليمديك

DUOXOL 500mg/2mg

20 comprimés



6 118000 120735

CTIONS :

ITRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER
COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

d'affections cardiaques ou pulmonaires, éviter les traitements
ne de paracétamol dans la composition d'autres médicaments.
patients épileptiques ou à risque de convulsions.
allément réajuster la posologie.
sinque.

excédant 7 jours.

2 L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

à-indiqué en cas de galactosémie congénitale, de syndrome de
ise.
les personnes allergiques au blé ainsi que des intolérances chez

SYSTEMATIQUEMENT l'avis de votre médecin.

DUOXOL® peut augmenter la toxicité du chloramphénicol.

En cas de traitement avec des anticoagulants oraux, on peut

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.

Nalgesic[®]

Fénopropène

300

12 Compr
Voie orale



30,60



LOT
EXP
P.P.V

192207
10 2022
30.60



<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
DURÉE MATIN MIDI SOIR AVANT APRÈS						
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
☀ ☀ ☀ ☀ ☀ ☀ ☀						

ISOX® 100 mg et 200 mg

200 mg

82,00

ISOX®

Célécoxib

ISOX® 200 mg
Célécoxib
10 gélules

PROMOPHARM S.A.



6 118000 242437

200 مغ

LDT 13011
PER 11/22
PPV 82DH00

Prenez à n'importe quel moment de la journée, au cours ou en dehors des repas. Cependant, essayez de prendre chaque dose de Isox toujours au même moment de la journée.

Si vous avez des difficultés à avaler les gélules : l'intégralité du contenu de

la gélule peut être
nourriture semi-solide
yaourt ou de la purée
immédiatement après le repas.
Pour ouvrir la gélule,
au fond, puis pincez-la
retirer en faisant attention
doivent pas être
Si vous ne ressentez pas
contactez votre médecin.
La dose recommandée est
Pour l'arthrose, la dose
augmentée par votre médecin.
La dose est habituellement
- Une gélule de 200 mg
- Une gélule de 100 mg
Pour la polyarthrite
jour; elle peut être
besoin.
La dose est habituellement
- Une gélule de 100 mg
Pour la spondylarthrite
par jour; elle peut être
si besoin.
La dose est habituellement
- Une gélule de 200 mg
- Une gélule de 100 mg
Problèmes rénaux
problèmes rénaux
plus faible.
Personnes âgées
de 65 ans et en post-opératoire
être amené à vous
Ne pas dépasser la dose
Utilisation chez les enfants
Isox est réservé aux adultes
6 - CONTRE-INDICATIONS
Isox vous a été prescrit
aideront à l'utiliser
veuillez demander conseil
Si votre médecin vous le prescrit
certains sucres, certains
Ne prenez jamais
Informez votre médecin
ceux-ci ne permettent pas
- Si vous êtes allergique
contenus dans ces gélules
- Antécédents d'allergie
(certains antibiotiques)
- Présence d'un ulcère
de vos intestins.
- Antécédents d'asthme
grave ou d'une réaction
de démangeaison au
cou, des difficultés
acétylsalicylique
(AINS).
- Grossesse: Si vous
vous devez discuter
- Allaitement,

OEDES® 20 mg

Microgranules gastro-résistants en gélules

OPERA
PHARMA

OEDES 20mg ○

14 gélules



6 118001 100071

LOT 190679

EXP 01/2022

PPV 52.80DH

ce médicament.

plus d'informations

jamais à quelqu'un

nocif.

un effet indésirable

re pharmacien.

14, 28 et 56

Oedes 20mg, microgranules gastro-résistants en gélule contient une substance appelée oméprazole. C'est un médicament de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons. Il diminue la sécrétion acide au niveau de l'estomac.

DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Indications :

Adulte :

- En association à une bithérapie antibiotique, éradication de *Helicobacter pylori* en cas de maladie ulcéreuse gastroduodénale.
- Ulcère duodénal évolutif.
- Ulcère gastrique évolutif.
- Œsophagite érosive ou ulcéreuse symptomatique par reflux gastro-œsophagien.
- Traitement symptomatique du reflux gastro-œsophagien associé ou non à une œsophagite, en cas de résistance à la posologie de 10 mg d'oméprazole par jour.
- Traitement d'entretien des ulcères duodénaux chez les patients non infectés par *Helicobacter pylori* ou chez qui l'éradication n'a pas été possible.
- Traitement d'entretien des œsophagites par reflux gastro-œsophagien.
- Syndrome de Zollinger-Ellison.
- Traitement des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens lorsque la poursuite des anti-inflammatoires est indispensable.
- Traitement préventif des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens chez les patients à risque (notamment âge supérieur à 65 ans, antécédents d'ulcère gastroduodénal) pour lesquels un traitement anti-inflammatoire est indispensable.

Enfant à partir de 1 an :

- Œsophagite érosive ou ulcéreuse symptomatique par reflux gastro-œsophagien.

DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Contre-indications:

Ne prenez jamais Oedes 20mg, microgranules gastro-résistants en gélule:

- En cas d'allergie connue à l'un des composants de ce médicament.
- En association avec l'atazanavir associé au ritonavir (médicament anti-infectieux).

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