

## 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, soins orthodontiques, 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 des factures de la pharmacie doivent être jointes.

### Radiologie et Biologie :

- Les factures des examens de biologie et de radiologie doivent être jointes à l'ordonnance et doivent être envoyées directement à la Mutuelle.
- Les factures des examens de biologie et de radiologie doivent être envoyées directement à la Mutuelle.

### Optique :

- Les factures des lunettes doivent être jointes à l'ordonnance et doivent être envoyées directement à la Mutuelle.

### Rééducation :

- Les factures des séances de rééducation doivent être jointes à l'ordonnance et doivent être envoyées directement à la Mutuelle.
- Les factures des séances de rééducation doivent être jointes à l'ordonnance et doivent être envoyées directement à la Mutuelle.

### Dentaire :

- Le 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 facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

### 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

- Reclamation : [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)

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 (LGI) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**

Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

Declaration de Maladie

N° W19-521614

25088

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

7389

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

RADI HAMID

Date de naissance :

21/10/1961

Adresse :

Tél :

0561 381 200

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Nom et prénom du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Sexe du malade :

☐ Masculin

☐ Féminin

☐ Inconnu

Adresse du malade :

En cas d'accident préciser :

Donner le nom 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 nature et des conséquences de ces renseignements.

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
				INP : <input type="text"/>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17-12-19	89,2

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

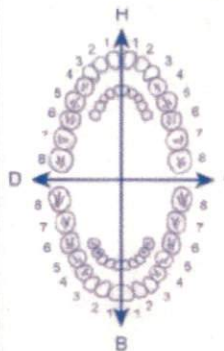
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODI

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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H  25533412  00000000  D  00000000  35533411 </div> <div> H  21433552  00000000  G  00000000  11433553  B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  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

وصفة  
ORDONNANCE



Le 17.12.19

JANATI Idrissi Lotife

89, n

① Celebrex 200mg (Bouteille de 10)

1 gélule 1/2 après repas.

pend 10 jours.

89, n



## CELEBREX® gélules à 200 mg

Celecoxib

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire

- Si vous avez d'autres questions

- Si vous ressentez votre infirmier, mentionné dans

**CELEBREX 200 MG**

Boîte de 10 gélules

Lot : 1280248

Date fab : 09 / 2018 Date exp : 08 / 2022

PPV : 89,00 DH

### 1. Qu'est ce

CELEBREX® est  
CELEBREX® est  
dans le traitement  
douleur aiguë  
la douleur aiguë  
inhibiteur sélectif  
l'ensemble des

### 2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser CELEBREX®

**Ne prenez jamais CELEBREX® :** • si vous avez déjà eu une crise d'asthme, de l'urticaire ou toute autre réaction allergique en prenant de l'aspirine ou d'autres AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens) • juste avant ou après une intervention

**Cessez de prendre CELEBREX® et appelez votre médecin immédiatement si vous présentez l'un des symptômes suivants :**

- nausées. • fatigue ou faiblesse plus prononcée que d'habitude. • diarrhée.
- démangeaisons. • jaunissement de la peau ou des yeux. • diarrhée ou douleurs à l'estomac. • symptômes pseudo-grippaux. • présence de sang dans les vomissements • présence de sang dans vos selles ou selles noires et gluantes comme du goudron. • prise de poids anormale. • éruption cutanée ou cloques accompagnées de fièvre. • gonflement des bras, des jambes, des mains et des pieds.

**Si vous prenez plus de CELEBREX® que vous n'auriez dû, consultez un médecin immédiatement.** Il existe d'autres effets indésirables possibles liés aux AINS. Pour plus d'informations sur les AINS, adressez-vous à votre médecin ou votre pharmacien.

Appelez votre médecin pour obtenir des conseils médicaux au sujet des effets indésirables.

**Autres informations sur les AINS :** • L'aspirine est un AINS mais n'accroît pas les risques de crise cardiaque. L'aspirine peut entraîner des saignements au niveau du cerveau, de l'estomac et des intestins. L'aspirine peut également entraîner des ulcères dans l'estomac et les intestins. • Certains AINS sont vendus sans ordonnance à faible dose (vente libre). Demandez l'avis de votre médecin avant d'utiliser un AINS en vente libre pendant plus de 10 jours.

**Informations générales pour une utilisation sûre et efficace des AINS :** Les médicaments sont parfois prescrits à des fins autres que celles mentionnées dans un Guide de médication. Ne prenez pas d'AINS pour une maladie contre laquelle ils n'ont pas été prescrits. Ne donnez pas d'AINS à d'autres personnes, même si leurs symptômes sont identiques aux vôtres. Cela peut leur nuire. Si vous souhaitez plus de renseignements sur les AINS, consultez votre médecin. Vous pouvez



POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef  
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux  
20100 CASABLANCA  
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020  
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP : 1121359	N° SEJOUR : 190086103	<b>FACTURE N° 1902024459</b>		DATE D'ENTREE : 17/12/2019		DATE DE SORTIE : 17/12/2019				
ASSURE :		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : <b>JANATI,Idrissi Latifa</b>						
MALADE : JANATI,Idrissi Latifa										
NOM JEUNE FILLE :										
TIERS PAYANT 1 :										
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :								
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION DE SPÉCIALISTE	CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 190508 DR FAIK AFAF (RHUMATOLOGUE)	TOTAUX :	150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS	PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :	150.00			AVOIR :	
	RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 17/12/2019	EDITEE LE : 17/12/2019	PAR: AZEDIN	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :			
			Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef			
			BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA			
			N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31			

