

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 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

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° W19-522646

25060
seen

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5015

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SALAM LAHCEN

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066 705 3279

Total des frais engagés : 241,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/12/2020

Nom et prénom du malade : Zouari Fatima Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : 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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 13/12/2020

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-522646

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE 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
31/12/2022				INP : 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE RAMA Casablanca 10, Avenue Lalla Aïda 164. Maroc Tél : 0524 22 16 59 Fax : 0524 22 16 60	23/07/13	247.25

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []															
				MONTANTS DES SOINS []															
				DEBUT D'EXECUTION []															
				FIN D'EXECUTION []															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td> </td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td> </td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td> </td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td> </td> <td>11433553</td> </tr> </table> G B			25533412		21433552	00000000		00000000	<hr/>			00000000		00000000	35533411		11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX []
25533412		21433552																	
00000000		00000000																	
<hr/>																			
00000000		00000000																	
35533411		11433553																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS []															
				DATE DU DEVIS []															
				DATE DE L'EXECUTION []															

وصفة

ORDONNANCE



الإنارة II
INARA II

le 13/02/2006

D. Zouani FATHIA

2420

φ - Cet aliprone  1 - 1 - 1/18

2000

⑧ lebe bonz 200 mg 

6900

1 - 0 - 1



D. Zouani FATHIA  1/18

2420



Boulevard Al Qods, Inara II - Aïn Chok - CASABLANCA

Tél.: 0522 21 30 90 - 0522 21 30 93 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 50 48 06

CELEBREX® gélules à 200 mg

Celecoxib

Veuillez lire attentivement cette contient des informations importan

- Gardez cette notice. Vous pourriez
- Si vous avez d'autres questions, veuillez appeler le service clientèle de Pfizer.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, veuillez consulter votre infirmier/ère. Ceci s'applique également aux effets indésirables non mentionné dans cette notice. Veuillez lire attentivement cette contient des informations importan

1. Qu'est ce que CELEBREX® ?

CELEBREX® est un anti-inflammatoire.

CELEBREX® est indiqué chez les patients souffrant de douleur aiguë post-opératoire, la douleur aiguë musculo-squelettique et l'inflammation chronique. L'inhibiteur sélectif de la cyclo-oxygénase-2 (COX-2) doit être basée sur l'évaluation de l'ensemble des risques spécifiques à chaque patient.

Laboratoires Pfizer S.A. Maroc

Km05 Route de Oualidia 24000 El Jadida



6 118000 250098

**Laboratoires
Pfizer
S.A.**

CELEBREX 200 MG Boîte de 20 gélules

Lot : 1280010

Date Fab : 08 / 2019 Date Exp : 07 / 2022

PPV : 150,00 DH

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 chirurgicale du cœur.

Avant de prendre CELEBREX® informez votre médecin de toutes vos pathologies, notamment dans les cas suivants : • vous avez des problèmes de foie ou de rein • vous souffrez d'hypertension artérielle • vous souffrez d'asthme • vous êtes enceinte ou prévoyez de le devenir. Si vous envisagez de prendre CELEBREX® pendant la grossesse, parlez-en à votre médecin. Vous ne devez plus prendre CELEBREX® au-delà de 29 semaines de grossesse • si vous allaitez ou prévoyez de le faire. **Indiquez à votre médecin tous les médicaments que vous prenez, y compris les vitamines, les médicaments à base de plantes ou les médicaments obtenus avec ou sans ordonnance.** Les AINS et autres médicaments pouvant interagir et entraîner des effets secondaires graves. **Ne prenez pas un nouveau médicament sans d'abord en parler à votre médecin.**

Les informations les plus importantes à connaître concernant les médicaments de type anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS) :

Les AINS peuvent provoquer des effets indésirables graves, notamment :

• Augmentation du risque de crise cardiaque ou d'AVC, potentiellement mortels. Le risque peut apparaître en début de traitement et augmenter : - parallèlement à une augmentation de la posologie d'AINS - en cas d'utilisation prolongée d'AINS

Ne jamais prendre d'AINS juste avant ou après une intervention chirurgicale du cœur appelée « pontage aorto-coronarien (PAC) ».

Évitez les AINS si vous avez été récemment victime d'une crise cardiaque, sauf si votre médecin vous le prescrit. La prise d'AINS après une récente crise cardiaque peut vous exposer à un risque accru de nouvelle crise cardiaque.

• Augmentation du risque de saignements, d'ulcères et de perforations de l'œsophage (canal reliant la bouche à l'estomac), de l'estomac et des intestins :

- à tout moment pendant le traitement - sans signes avant-coureurs - susceptibles d'entraîner la mort.

Le risque de déclarer un ulcère ou un saignement est majoré dans les cas

Codoliprane®

PARACETAMOL ET CODEINE

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

COMPOSITION

Paracétamol

Phosphate de codeïne hémihydraté

(Quantité correspondant à codeïne base)

Excipients : gélatine, acide stéarique, amidon de pomme de terre, pov

comprimé sécable
Codoliprane®

Paracétamol 400 mg

Phosphate de codeïne 20 mg

16 COMPRIMES SECABLES



5 118000 040217

TFV 22DH20
FER 10/21
LOT 12428

FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé sécable - boîte de 16.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE CENTRAL ET PERIPHERIQUE (N. Système nerveux)

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Traitement chez l'adulte des douleurs d'intensité modérée à intense, qui ne sont pas soulagées par l'aspirine ou le paracétamol utilisé seul.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- allergie connue au paracétamol ou à la codeïne,
- maladie grave du foie,
- chez l'asthmatique,
- en cas d'insuffisance respiratoire,
- allaitement.

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE, sauf avis contraire de votre médecin avec des médicaments contenant de la buprénorphine, de la nalbuphine ou de la pentazocine.
EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPECIALES

En cas de maladie chronique (au long cours) des bronches ou des poumons s'accompagnant d'expectoration, en cas de maladie du foie ou d'insuffisance rénale ainsi que chez les sujets âgés, un avis médical est indispensable. Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée en raison du risque de dépendance.

PRECAUTION D'EMPLOI

La prise de boissons alcoolisées durant le traitement est déconseillée.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, Notamment avec la buprénorphine, la nalbuphine ou la pentazocine, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

Ce médicament contient du paracétamol et de la codéine. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas afin de ne pas dépasser les doses maximales conseillées (cf. posologie).

