

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

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° P19- 049240

ND: 30516

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9616 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KANA Saïd

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 : Une SA de la main KANIA

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-049240

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 :

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux	Montant des soins	Début d'exécution	Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux	Montant des soins	Date du devis	Fin d'exécution												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>	H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				
H		G															
25533412	21433552	00000000	00000000														
00000000	00000000	35533411	11433553														
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																

Visa et cachet du praticien attestant le <u>devis</u>	Visa et cachet du praticien attestant l' <u>exécution</u>
--	--

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N° P 17 / 0064009		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
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		
Cachet MUPRAS		



P 17 / 0064009

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 9816	Signature de l'adhérent														
Nom & Prénom KANA - SAID																	
Fonction	Phones																
Mail																	
MEDECIN	Prénom du patient El Aguerou Samir																
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age 41 an	Date 03/02/2020	Date 1ère visite														
Nature de la maladie Globule Rheumatisme																	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nature des actes</th> <th>Nbre de Coefficient</th> <th>Montant détaillé des honoraires</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1C</td> <td>16</td> <td>200,00</td> </tr> </tbody> </table>				Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	1C	16	200,00								
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires															
1C	16	200,00															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>PHARMACIE</th> <th>Date</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>03/02/2020</td> </tr> </tbody> </table>				PHARMACIE	Date		03/02/2020										
PHARMACIE	Date																
	03/02/2020																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Montant de la facture</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>143,80</td> </tr> </tbody> </table>				Montant de la facture	143,80												
Montant de la facture																	
143,80																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</th> <th>Date</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				ANALYSES - RADIOGRAPHIES	Date												
ANALYSES - RADIOGRAPHIES	Date																
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	CACHET														
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	CACHET														
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Nombre</th> <th rowspan="2">Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Nombre				Montant détaillé des Honoraires	AM	PC	IM	IV							
Nombre				Montant détaillé des Honoraires													
AM	PC	IM			IV												



مصلحة الاختصاصات الشفاء Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

E-mail : cliniqueachifaa@menara.ma

Docteur :

Casablanca, le 03/02/2020

M. EL Arrouane Souk

38.70

1) Calcibon

1S

PHARMACIE AL-ANASSIR
Dr. SARHAN
Hay Al Azhar Zone Industrielle, Bloc 12 N° 4
Et 5 - Sidi Bernoussi, Casablanca
Tel : 05 22 86 76 66

23.10
2)

Lysan

1/2 0 1 + 16j

82.00

3)

Voxib 200

1S

143.80

rep + 2j 7j
jus rep

nxia®

épam



ers de 20 comprimés.
on de 20ml.

e maïs, stéarate de magnésium, silice colloïdale, q.s.p.

arine sodique, polysorbate 80, menthol, anéthole, bleu

CTIVITE) :

ICATIONS THERAPEUTIQUES) :

été lorsque celle-ci s'accompagne de troubles gênants.

ENT (CONTRE-INDICATIONS) :

cas suivants:

durant le sommeil),

en cas de myasthénie ou d'allaitement.

ANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE

raison du risque d'apparition d'un phénomène de
quelques heures ou en quelques jours, de symptômes
aires mais on peut observer également de l'agitation,
uit ou à la lumière, etc...

ement des prises représentent la meilleure prévention
nt plus longue que le traitem
mène de REBOND sar
nnie) qui avaient just
émoire. Ceux-ci sur

onne âgée, ce médi

colère,
ement.

onsulter votre médecin

a formule qui peut
le nourrisson et ch

bit pas être utilisé en
déficit en lactase
onisées (rubrique p

renforcé, notamm
respiratoire.

a, notamment du

la durée du traitement.

ONSEIL A VOTRE MEDICIN.

LOT N° :
UT. AV :

2 7 8 7 3 3
0 2 2 2

P.P.V

2 3 1 0

22.10

Calcibronat® 2g

Comprimés effervescents

Bromo-galactogluconate de calcium

COMPOSITION

Un comprimé renferme 2 g de bromo-galactogluconate de calcium.

Excipients : saccharose, bicarbonate de sodium, acide citrique anhydre, macrogol 4000.

FORME PHARMACEUTIQUE

Boîte de 20 comprimés effervescents.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

HYPNOTIQUE ET SÉDATIF.

(N: Système nerveux central).

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament est préconisé dans les troubles légers du sommeil, irritabilité, nervosité.

ATTENTION

Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament

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

- acné juvénile,
- enfant de moins de 30 mois,
- sujet âgé dénutri et/ou déshydraté,
- hypercalcémie (quantité excessive de calcium dans le sang),
- lithiase calcique (calcul de calcium),
- hypercalciurie (quantité excessive de calcium dans les urines),
- calcifications (dépôts de calcium) dans les reins,
- néphropathie glomérulaire chronique (maladie des reins),
- en raison de la présence de saccharose, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas d'intolérance au fructose, de syndrome de malabsorption ou de sucrase isomaltase.

Ce médicament ne doit généralement pas être utilisé pendant la grossesse.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISCRÉDITABLEMENT DE CONSULTER VOTRE PHARMACIEN.

Mises en garde spéciales

En cas de survenue de trouble neuromusculaire, arrêtez votre traitement.

Précautions d'emploi

L'absorption d'alcool est fortement diminuée.

En cas de régime pauvre en sel, tenir compte de la teneur en sodium.

Chaque comprimé apporte environ 2 g de sucre.

Une interférence est possible avec les médicaments à base de lithium.

EN CAS DE DOUTE, NE PAS HESITER A CONSULTER VOTRE PHARMACIEN.

OU DE VOTRE MEDECIN.

OU DE VOTRE MEDECIN.

OU DE VOTRE MEDECIN.

OU DE VOTRE MEDECIN.

OU DE VOTRE MEDECIN.

OU DE VOTRE MEDECIN.

OU DE VOTRE MEDECIN.

PPV 38DH70
EXP 09/2022
LOT 96D11 6

Calcibronat® 2 g

20 COMPRIMÉS
EFFERVESCENTS



AFIN D'EVITER D'EVENUELLES INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT VOTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

VOXCIB® Celecoxib

COMPOSITION :

Chaque gélule VOXCIB 100 contient 100 mg de Celecoxib.

Chaque gélule VOXCIB 200 contient 200 mg de Celecoxib.

Excipients : Laurylsulfate de sodium, croscarmellose sodique, polyvidone K30, stéarate de magnésium.

Excipient à effet notoire : Lactose.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE :

Ce médicament est un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) appartenant à la classe des Coxibs (Inhibiteur sélectif de la cyclo-oxygénase 2).

INDICATIONS :

Ce médicament est indiqué chez l'adulte.

Il calme la douleur et réduit l'inflammation provoquée par la polyarthrite rhumatoïde ou l'arthrose. Il réduit la quantité des prostaglandines fabriquées par le corps, qui sont à l'origine de la douleur et de l'inflammation.

CONTRE-INDICATIONS :

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE en cas d'hypersensibilité à l'un des composants des gélules VOXCIB ou aux sulfamides et chez les patients souffrant de maladies cardiaques (telle qu'une angine de poitrine, un infarctus du myocarde ou une insuffisance cardiaque) de maladie cérébro-vasculaire (antécédent d'accident vasculaire cérébral ou d'accident ischémique transitoire), de maladie inflammatoire de l'intestin, d'ulcère. De même, il ne doit pas être administré en cas de Grossesse et Allaitement, d'insuffisance hépatique sévère, d'ulcère peptique évolutif ou saignement gastro-intestinal.

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

MISES EN GARDE :

Ce médicament DOIT ETRE PRIS SOUS SURVEILLANCE MEDICALE, PREVENIR VOTRE MEDECIN EN CAS DE :

- Femi *à la fin de la période de contraception efficace.*

- Tens

- Insuf

- En ci

PREC

EN CA

- En ce

- En ce

prise d

- En ce

- Si voi

- VOXC

INTER

AFIN I

- Warfarin

- les antidépresseurs, les neuroleptiques, les antiarythmiques (sauf avis du médecin)

- Les autres anti-inflammatoires non stéroïdiens.

10 كبسولات



LOT: 2300057
PER: 04/05/2006

es dans le corps (œdème).

INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN:

ou rénales sévères

en allergique telle que rash cutané, œdème, démangeaisons, sensation d'étouffement ou respiration sifflante après inflammatoires non stéroïdiens.

urine ou tout autre anticoagulant

de risque cardio-vasculaire, tels qu'une hypertension, un taux de cholestérol élevé, un diabète ou un tabagisme. ses efficaces les plus faibles durant la période la plus courte.

EUSES :

S INTERACTIONS ENTRE VOXCIB et plusieurs autres médicaments tels que :