

# 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.

## Biologie 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.

## Maladie chronique :

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- 068010

ND: 31206

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6986 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Serbanti Abdelkader

Date de naissance : 15/07/1959

Adresse :

Tél. : 0666 181474 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 :

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) :

### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

53,60

### 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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé  
des Honoraires

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

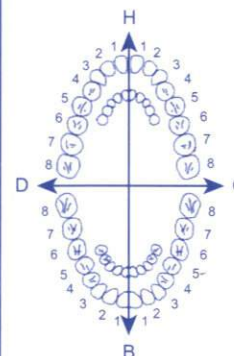
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

#### SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient



COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

#### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552  
00000000 00000000

D

00000000 00000000  
35533411 11433553

B

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

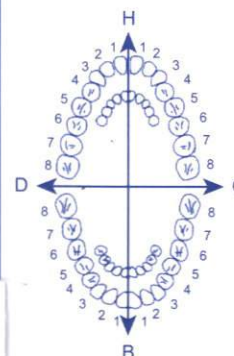
MONTANTS  
DES SOINS

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# صيدلية سحنون

## PHARMACIE SAHNOUN

### SAHNOUN FATIHA

Docteur en Pharmacie



## FACTURE

N° 000241

Casablanca le, : ..... Mr. : Serbanti Abdelkader

Quantité	Désignation	Prix U.	Prix T.
02	Vermox	14.80	29.60
01	Coatofl 50/10	24.00	24.00
			53.60
cette facture Annule la somme			
de 500.00 DH			
Pharmacie SAHNOUN			
Dr. Fatima SAHNOUN			
Med. Zafaf Hay Al Walaa Hn. 11			
Tel: 0522 016 000 - INE: 09057162			

# Vermox 500 mg comprimé

## mébendazole

### IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

#### COMPOSITION

Pour 1 comprimé :

mébendazole : 500 mg

lactose monohydraté, méthylcellulose, amidon de maïs, glycolate d'amidon sodique, cellulose microcristalline, stéarate de magnésium, silice colloïdale anhydre.

#### FORME PHARMACEUTIQUE

Boîte de 1 comprimé

#### CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

Antiparasitaire/antihelminthique

(P : Parasitologie)

#### DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

(INDICATIONS THERAPEUTIQUES)

**VERMOX 500 mg** est un médicament **contre les vers**.

Il est indiqué dans **le traitement des infestations par une ou plusieurs des espèces suivantes :**

- oxyures (*Enterobius vermicularis*);
- trichocéphale (*Trichuris trichiura*);
- ascaris (*Ascaris lumbricoides*);
- ankylostome (*Ancylostoma duodenale*, *Necator americanus*);
- anguillule (*Strongyloides stercoralis*).

#### ATTENTION !

**DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?**

**(CONTRE INDICATIONS)**

VERMOX 500 mg NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- Ne pas donner VERMOX 500 mg aux **enfants de moins de 1 an**.
- Ne pas utiliser VERMOX 500 mg en cas d'**hypersensibilité** (allergie) à ce médicament.

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

#### MISES EN GARDE SPECIALES

Si vous devez prendre des doses élevées chaque jour pendant plusieurs mois, des troubles hépatiques peuvent apparaître.

C'est pourquoi ce type de traitement à long terme devra être effectué sous surveillance médicale stricte.

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

#### INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

Informez votre médecin en cas de traitement par un médicament contre l'acidité de l'estomac; celle-ci peut modifier la posologie.

**AFIN D'EVITER D'EVENUELLES INTERACTIONS, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN :**

#### GROSSESSE

En cas de grossesse ou de désir de grossesse, consultez votre médecin qui décidera si vous pouvez prendre VERMOX.



14,80





JANSSEN-CILAG S.A.  
FABRIQUE sous licence par :  
MAPHAR  
R. LAMRINI, Pharmacien Responsable

DATE DE REVISION DE LA NOTICE

DATE DE REVISION DE LA NOTICE

NE JAMAIS LAISSER A LA PORTÉE DES ENFANTS.

UTILISATION FIGURANT SUR LE

température de 15°C à 30°C dans son

PHARMACIEN TOUT EFFET NON

par VERMOX 500 mg et consultez votre

essoufflement de la face.  
manifestée, par exemple par une éruption cutanée, des démangeaisons, un  
plus tard. Les cas d'allergie à VERMOX 500 mg sont rares. L'allergie peut se  
Ces effets sont de courte durée et il est possible de réutiliser VERMOX 500 mg  
particulier en cas d'infestation massive.  
Des douleurs abdominales et des diarrhées passagères peuvent survenir, en

VERMOX 500 mg est bien toléré et peu d'effets indésirables ont été rapportés

### EFFETS NON SOUHAITÉS ET GÉNANTS

l'estomac. Néanmoins, consultez votre médecin, par mesure de sécurité.  
Prenez du charbon actif qui absorbera la quantité encore présente dans  
et diarrhées peuvent alors survenir.  
ne vous inquiétez pas. Des crampes abdominales, des nausées, vomissements  
Si vous avez pris accidentellement une trop grande quantité de VERMOX 500 mg.

### CONDUITE A TENIR EN CAS DE SURDOSAGE

CONFORMEZ-VOUS STRICTEMENT A LA POSOLOGIE DE VOTRE MÉDECIN.  
prendre des laxatifs (médicaments favorisant l'émission des selles).  
Aucune précaution alimentaire n'est nécessaire et il n'est pas utile de  
Il n'est pas nécessaire de prendre VERMOX 500 mg avec des aliments.  
Orate. Avez les comprimés avec un liquide.

de comprimés à prendre par voie

une prise, toutefois votre médecin

gillance ni votre capacité à conduire



08/84

LOT: M19013  
EXP: JAN 2022  
PPV: 24,00

