

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.

Educateur :

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 :

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- 063585

ND: 38952

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0750 Société : —

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : —

Nom & Prénom : MR IBRAHIMI Mohamed

Date de naissance : 24-4-1944

Adresse : 47 Mus/5p/la EL MANFABUT - Gauthier

Casablanca

Tél. : 0661241340 Total des frais engagés : 362,80 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 : 4 / 5 / 2020

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

صيدلية الروداني
PHARMACIE ROUDANI
Mme LEBBAR Khadija Ep MIKOU
2 Bd Brahim Roudani Vers Mly Youssef
Maârif - Casablanca
T. 05 22 27 23 86 / 05 22 27 12 24

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 Montant détaillé des Honoraires

A M P C I M I V

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

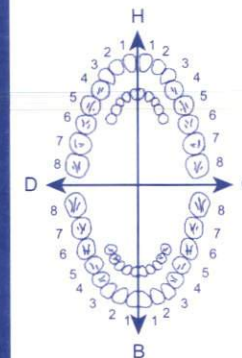
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, et 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 G
35533411 11433553
B

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE ROUDANI
Mme Mikou Lebbar Khadija

Page 1

FACTURE

N° FACTURE : 768160
Date : 02/09/2020

MLD

Client :

MR IBRAHIMI MOHAMED

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
CARDENSIEL 2.5 MG / 30 CPS	1	54.10	54.10
KARDEGIC 160 MG / 30 SACHETS	1	35.70	35.70
EXFORGE 10 MG / 160 MG BTE 28 CPS	1	273.00	273.00

T = 362,80

صيدلية الروداني
PHARMACIE ROUDANI
Mme LEBBAR Khadija Ep MIKOU
26, Bd Brahim Roudani Vers Mly Youssef
Maarif - Casablanca
Tél. : 05 22 27 23 86 / 05 22 27 12 24

KARDEGIC® 160mg

Acétylsalicylate de DL-Lysine
poudre pour solution buvable en sachet-dose

SANOFI

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

a) DENOMINATION

KARDEGIC 160 mg, poudre pour solution buvable.

b) COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

ACETYSALICYLATE DE DL-LYSINE 288 mg (quantité correspondante en acide acétylsalicylique : 160 mg).

Excipients : Glycolle, arôme mandarine, glycyrrhizinate d'ammonium.

c) FORME PHARMACEUTIQUE

Poudre pour solution buvable; Sachet-dose ; boîte de 30.

d) CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTI-THROMBOTIQUE/INHIBITEURS DE L'AGREGATION PLAQUETTAIRE, HEPARINE EXCLUE.

2. DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

(Indications)

Ce médicament contient de l'aspirine, mais ce dosage est plus particulièrement destiné au traitement de certaines affections du cœur ou des vaisseaux, seul ou associé aux autres traitements prescrits par votre médecin.

Il ne devra pas être entrepris sans l'avis de celui-ci, seul juge de l'établissement et de la conduite de ce traitement.

3. ATTENTION

a) DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

(Contre-indications)

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

- En cas d'ulcère de l'estomac ou du duodénum en évolution,
- En cas d'allergie connue à l'aspirine ou aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (telle qu'éruption cutanée ou asthme),
- En cas de maladie hémorragique,
- En cas de traitement concomitant par le méthotrexate, ou par les anticoagulants oraux (lorsque l'aspirine est prescrite à fortes doses (>3g/j)).
- En dehors

d'utilisations extrêmement limitées, et qui justifient une surveillance spécialisée, tout médicament.

CONTRE-INDIQUE à la

Grossesse et Allaitement

Ce médicament NE DOIT PAS

être utilisé en cas de

signes de

saignements

concomitant par les

l'aspirine est prescrite à faibles doses)

lorsque l'aspirine est prescrite à des doses > 3g/j)

(cf. rubrique Interactions médicamenteuses et autres interactions).

L'allaitement est déconseillé pendant le traitement (cf. Grossesse et Allaitement).

Grossesse et Allaitement).

Grossesse et Allaitement).

Grossesse et Allaitement).

Grossesse et Allaitement).

Grossesse et Allaitement).

Grossesse et Allaitement).

Grossesse et Allaitement).

Grossesse et Allaitement).

Grossesse et Allaitement).

Grossesse et Allaitement).

Grossesse et Allaitement).

Grossesse et Allaitement).

Grossesse et Allaitement).

Grossesse et Allaitement).

Grossesse et Allaitement).

Grossesse et Allaitement).

Grossesse et Allaitement).

Grossesse et Allaitement).

Grossesse et Allaitement).

Grossesse et Allaitement).

Grossesse et Allaitement).

Grossesse et Allaitement).

Grossesse et Allaitement).

Grossesse et Allaitement).

Grossesse et Allaitement).

Grossesse et Allaitement).

Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 54,10 DH

regles ou

b) PRECAUTIONS D'EMPLOI

Il est important de signaler à votre médecin certains problèmes de santé ou situations : - maladie des reins, - asthme, - antécédent d'ulcère de l'estomac ou du duodénum, ou d'hémorragies digestives, hypertension artérielle, - diabète, - port de stérilet.

L'aspirine augmente les risques hémorragiques et ceci dès les très faibles doses et même lorsque la prise date de plusieurs jours. Prévenir votre médecin traitant, le chirurgien, l'anesthésiste ou simplement votre dentiste au cas où un geste chirurgical, même mineur, est envisagé.

Ce médicament ne contenant pas de sodium (sel), il peut être administré en cas de régime désodé ou hyposodé.

c) INTE

INTE

AFIN D'

MEDIC/

AUTRE

PHARM

oraux

LOT :

20E13

PER :

11 2021

KARDEGIC 160MG

SACHETS B30

P.P.V : 35DH70

118001 081189

118001 081189

118001 081189

118001 081189

118001 081189

118001 081189

118001 081189

118001 081189

RE PLUSIEURS

IENT TOUT

OU A VOTRE

coagulants

à faibles

doses) ou un traitement par l'héparine, des uricosuriques ou

d'autres anti-inflammatoires (notamment lorsque l'aspirine est

prescrite à des doses > 3g/j).

prescrite à des doses > 3g/j).

prescrite à des doses > 3g/j).

 NOVARTIS

PPV : 264,00 DH