

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.

Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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- 062888
ND-50931

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAUGUA DOHAMME

Date de naissance : 01/01/1948

Adresse : 149, LOT ANNA BERRECH

Tél. : 0664172462

Total des frais engagés : 49,70 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 : ACHAT Libre

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 : BERRECH

Le : 19/11/2020

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
PHARMACIE DU QUARTIER AL FARAJ 96, Ldt Al Faraj-Berrechid 53 53 49 09 - Gsm: 0620 01 22	19/11/2020	49,70

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
		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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	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

Facture N° 0009881

M: Chouga Méd

19/11/2020

Quantité	Désignation	P.Unit.	P. Total
1	Tepleril sirap	15,70	15,70
1	Centalax cp	12,50	12,50
1	Migralgine gelub	21,50	21,50
		Total	49,70
Arrêté la présente facture à la somme de quarante neuf dirhams et soixante dix centimes.			
PHARMACIE DU QUARTIER AL FARAJ 96, LOT AL Faraj - Berrechid Tél: 0522 53 49 09 - Gsm: 0620 91 89 10			

MIGRALGINE

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice.
Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la.
Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute,
à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit.
En cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être né.
Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous
cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre phar

PPV 21DH50
PER 09/22
LOT J2265

• COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

PARACETAMOL 40

CAFEINE 6

PHOSPHATE DE CODEINE HEMIHYDRATE 20,0 mg

Excipients : silice colloïdale anhydre, lactose monohydraté, monostéarate de glycérol, pour une gélule

• composition de l'enveloppe de la gélule : gélatine, indigotine (E 132), jaune de quinoléine (E 104),
dioxyde de titane (E 171).

Excipient à effet notoire : lactose.

• FORME PHARMACEUTIQUE

Gélule, boîte de 18.

• CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE CENTRAL ET PERIPHERIQUE (N : Système Nerveux Central).

• DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Traitement chez l'adulte des affections douloureuses d'intensité modérée à intense et/ou qui ne sont pas
soulagées par le paracétamol ou l'aspirine seul.

• ATTENTION :

DANS QUEL CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

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

- Allergie à l'un des composants.
- Maladie grave du foie.
- Insuffisance respiratoire quelque soit son importance.
- Enfants de moins de 15 ans.
- Allaitement (Cf. Grossesse et Allaitement).
- En association avec des médicaments contenant de la buprénorphine, de la nalbuphine ou de la pentazocine.

Ce médicament NE DOIT généralement pas être utilisé SAUF AVIS CONTRAIRE DE VOTRE MEDECIN en
association avec l'alcool ou des médicaments contenant de l'alcool, ou en cas de traitement par l'enoxacine
(antibiotique).

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

• MISES EN GARDE SPECIALES

- Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée en raison du risque de dépendance.
- Certaines douleurs peuvent ne pas être soulagées par ce médicament, demandez l'avis de votre médecin.

• PRECAUTIONS D'EMPLOI

- Avant de prendre ce médicament, il est nécessaire de consulter votre médecin en cas de maladie grave des reins ou du foie.
- La prise de boissons alcoolisées pendant ce traitement est déconseillée.
- Compte tenu de la présence de caféine, ce médicament peut entraîner des insomnies, en conséquence, il convient d'éviter les prises en fin de journée.

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, la pentazocine ou l'enoxacine, IL FAUT SIGNALER
SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE
PHARMACIEN.



Contalax™

Bisa

com

Ve
de
de
transmission

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.
- Si les symptômes s'aggravent ou persistent après 10 jours, consultez votre médecin.
- Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un des effets mentionnés comme étant grave, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

1. QU'EST-CE QUE CONTALAX, comprimé gastro-résistant ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE CONTALAX, comprimé gastro-résistant ?
3. COMMENT PRENDRE CONTALAX, comprimé gastro-résistant ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER CONTALAX, comprimé gastro-résistant ?
6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

1. QU'EST-CE QUE CONTALAX, comprimé gastro-résistant ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

LAXATIF STIMULANT

(A: appareil digestif et métabolisme)

Ce médicament est indiqué dans le traitement de courte durée de la constipation occasionnelle.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE CONTALAX, comprimé gastro-résistant ?

Toplexil®

Sirop

**Veuillez lire
avant de prendre
l'information**

- Si vous avez une question, demandez conseil à votre pharmacien.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.

Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez un médecin.

LOT : 20E028
PER : 01 2022

TOPLEXIL
SIROP FL 150 ML

P.P.V : 15DH70



Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE TOPLEXIL sirop, ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE TOPLEXIL sirop ?
3. COMMENT PRENDRE TOPLEXIL sirop ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER TOPLEXIL sirop ?
6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

1. QU'EST-CE QUE TOPLEXIL sirop, ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?

ANTIHISTAMINIQUE A USAGE SYSTEMIQUE.

(R. Système respiratoire)

Ce médicament contient un antihistaminique, l'oxométhane. Il est préconisé pour calmer les toux sèches et les toux d'irritation chez l'adulte et l'enfant de plus de 2 ans, en particulier lorsqu'elles surviennent le soir ou pendant la nuit.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE TOPLEXIL sirop ?

Si votre médecin vous a informé d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

Ne prenez jamais TOPLEXIL, sirop dans les cas suivants :

- nourrisson (moins de 2 ans),
- allergie connue aux constituants, et notamment aux