

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 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- 062886

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01089 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : CHOUH D. HANNE
Date de naissance : 01/01/1948
Adresse : 149, LOT CHANA PERRECHIO
Tél. : 0664172462 Total des frais engagés : 46,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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 : PERRECHIO
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 27/11/2020



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
QUARTIER AL FARAJ

6, Lot Al Faraj-Berrechid
77 53 49 09 - Csm 0620 93 88 11

27/11/2020 46,80

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 :

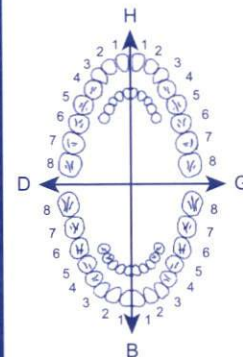
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

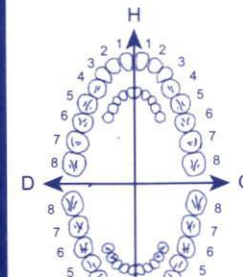
COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Le 27/11/2020

Facture N° 0009883

M: *Choua Med*

Quantité	Désignation	P.Unit.	P. Total
1	Phenergan 25mg cp	10,60	10,60
1	Systat cp	14,00	14,00
1	Codeliprane cp	22,20	22,20
		Total	46,80
Arrete la presente facture à la Somme de quarante six dirhams et quatre vingt centimes			
PHARMACIE DU QUARTIER AL FARAJ 96, Lot Al Faraj - Berrechid Tel: 0522 53 49 09 - Gsm: 0620 91 88 10			

Phenergan

Comprimé

Prométhazine

IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT

COMPOSITION QUALITATIVE / COMPOSITION QUANTITATIVE

Chlorhydrate de prométhazine 28,21 mg (Quantité correspondante pour un comprimé enrobé)

FORME PHARMACEUTIQUE :

Comprimé enrobé
CLASSE :
ANTI-ALLERGIQUE
DANS :
Ce médicament est indiqué dans les cas suivants :
• rhinite
• conjonctivite
• urticaire

10/60

en cas d'insomnie occasionnelle (lors d'un voyage par exemple)

ATTENTION ! DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants :

- allergie connue aux antihistaminiques
- enfant de moins de 15 ans
- agranulocytose ancienne ou récente (baisse importante des globules blancs)
- difficulté pour uriner d'origine prostatique ou autre
- certaines formes de glaucome (augmentation de la pression intraoculaire)

Ce médicament NE DOIT GÉNÉRALEMENT PAS ÊTRE ASSOCIÉ à d'autres médicaments.

association avec le sultopride.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE CONSULTER VOTRE MÉDECIN OU VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPÉCIALES : En cas d'apparition de signes d'infection (angine...), de pâleur ou de transpiration excessive, consultez votre médecin traitant.

Ce médicament ne traite que les manifestations de votre allergie. Si les symptômes persistent ou s'aggravent, CONSULTEZ VOTRE MÉDECIN pour une éventuelle identification. Si votre insomnie persiste au-delà de 7 jours, consultez votre médecin.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI : En cas de maladie au cours de laquelle vous prenez un médicament, consultez votre médecin afin qu'il puisse adapter la posologie. La prise de ce médicament doit être surveillée par votre médecin.

- en cas de maladies cardiaques graves, d'épilepsie
- chez les personnes âgées :
- prédisposées aux constipations, aux vertiges ou à la sensation de faiblesse
- présentant des troubles de la prostate.

PRÉVENEZ VOTRE MÉDECIN avant de prendre cet médicament. Évitez de prendre ce médicament contenant de l'alcool pendant la durée du traitement. Évitez l'exposition au soleil pendant le traitement. EN CAS DE DOUTE N'HÉSITEZ PAS À CONSULTER VOTRE MÉDECIN OU VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES ET AUTRES : Afin d'éviter d'éventuelles interactions médicamenteuses, évitez de prendre ce médicament avec le sultopride, il faut signaler systématiquement à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ce médicament contient un antihistaminique, la prométhazine. Ne prenez pas d'autres médicaments contenant un antihistaminique, afin de ne pas dépasser la dose maximale.

GROSSESSE - ALLAITEMENT :

Il est préférable de ne pas utiliser ce médicament pendant la grossesse, sauf avis contraire de votre médecin. En fin de grossesse, la prise abusive de ce médicament peut entraîner des complications. Par conséquent, il convient de toujours demander l'avis de votre médecin avant de dépasser la dose et la durée de traitement préconisées. Le médicament peut passer dans le lait maternel. Compte tenu de ses propriétés sédatives (effet tonus) ou au contraire excitantes (insomnie), ce médicament doit être utilisé avec précaution.

Codoliprane®

PARACETAMOL ET CODEINE

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

COMPOSITION

Paracétamol
Phosphate de codeïne hémihydraté
(Quantité correspondant à codeïne base)
Excipients : gélatine, acide stéarique, amidon de p

PPV 22DH20
PER 09/22
LOT J2420



FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé sécable - boîte de 16.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE CENTRAL ET PERIPHERIQUE (N. Système nerveux central)

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'EVENUELLES 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).



Systral®

Composition :

chlorhydr. de chlorphénol
Embonate de chlorphénol
Caféine

*) = équiv. à 2,4 mg de
mg de Systral.

Propriétés : Le Systral est
toléré.

Indications : Dermatoses
générales (p.ex. diabète,
Quincke, rhume des foies)

Mode d'emploi et posologie

- Systral-C dragées :

Adultes : 1 à 2 dragées

Enfants : jusqu'à 2 ans

- Systral sirop :

Jusqu'à 2 ans : 2 à 3 fois

cuillerée ; au-dessus de 5 ans : 2 à 3 fois par

Agiter avant l'emploi !

Effets secondaires : chez certains sujets par
fatigue, vertige, dysergies et sécheresse de la

Contre-Indications n'existent pas pour l'emploi

Remarque :

L'attention est appelée notamment chez les
machines, sur les risques de somnolence attachés
de s'abstenir de boissons alcoolisées .

Pour un traitement externe nous disposons de

Présentations :

Systral-C dragées

Systral sirop

Médicaments à conserver avec

À portée de

Laboratoires LAPROPHAN S.A. 2

Fabriqué au Maroc sous licence

030602F082

Systral®-C

20 dragées

PPV 140400

EXP 09/2025
LOT 060707