

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR
ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS**



Déclaration de Maladie

M22- 0052888

156264

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.

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2534 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : EL AZIZ - MINIA We KAITIK
 Date de naissance : 01/04/1953
 Adresse : Rue GN 16 Hay EL ALI, Oujda, Cas
 Tél. 0665 89 77 13 Total des frais engagés : 40,00 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 :
 Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :
 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

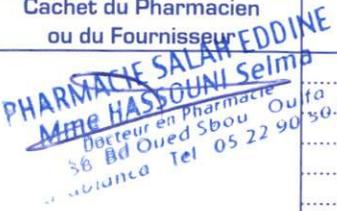
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

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

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
	16/01/2023	40,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

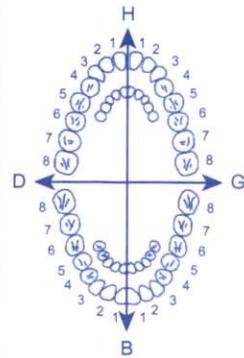
AUXILIAIRES MEDICAUX

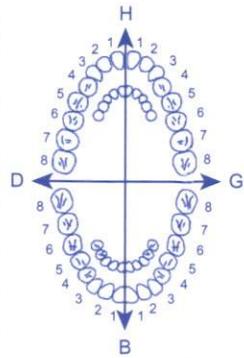
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2">D</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">G</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	G		B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	G																	
	B																	
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



DoliGrippe

Paracétamol - Vitamine C - Maléate de Phéniramine



Veillez lire attentivement l'intégralité de

- Gardez cette notice, vous pourriez y
- Si vous avez toute autre question, si
- pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit, en l'absence de symptômes identiques, cela pourrait
- Si l'un des effets indésirables décrits dans la notice, parlez-en à votre médecin ou

Composition du médicament

- Composition qualitative et quantitative
- Paracétamol
- Acide Ascorbique (Vitamine C)
- Maléate de Phéniramine

- Composition qualitative en excipients
- Mannitol, acide citrique anhydre, povidone
- Composition de l'arôme : Substances
- E144, Acide Ascorbique E300, Triacétate de cellulose

- Excipients à effet notoire :
- Aspartame, Rouge Cochenille A (E124)

Classe pharmacothérapeutique ou le type de médicament
DoliGrippe[®], granulés pour solution buvable
MÉDICAMENTS DU RHUME EN ASSOCIATION
DoliGrippe[®], granulés pour solution buvable

- Une action antihistaminique qui permet de soulager les symptômes
- aux phénomènes spasmodiques tels que la toux
- Une action antalgique antipyrétique
- Une compensation en acide ascorbique

Indications thérapeutiques

Ce médicament est indiqué dans le traitement au cours des rhumes, rhinites, rhinopharyngites et des états grippaux de l'adulte et l'enfant de plus de 15 ans :

- De l'écoulement nasal clair et des larmoiements,
- Des éternuements,
- Des maux de tête et/ou fièvre.

Posologie

Réserve à l'adulte et l'enfant de plus de 15 ans.

1 sachet à renouveler si nécessaire au bout de 4 heures minimum, sans dépasser 3 sachets par jour.

- **Mode d'administration :**

Voie orale.

Les sachets doivent être pris dans une quantité suffisante d'eau, froide ou chaude. Au cours des états grippaux, il est préférable de prendre ce médicament dans de l'eau chaude le soir.

- **Durée du traitement :**

La durée maximale du traitement est de 5 jours.

- **Fréquence d'administration :**

En cas d'insuffisance rénale, (clairance à la créatinine inférieure à 10 ml/mn), l'intervalle entre 2 prises sera d'au moins 8 heures.

Contre-indications

Ne prenez jamais DoliGrippe[®], granulés pour solution buvable en sachet, dans les cas suivants :

- Enfant de moins de 15 ans,
 - En cas d'antécédent d'allergie aux constituants du produit,
 - En cas de certaines formes de glaucomes (augmentation de la pression dans l'œil),
 - En cas de difficultés à uriner d'origine prostatique ou autre,
 - En cas de maladie grave du foie en raison de la présence de paracétamol,
 - En cas de phénylcétonurie (maladie héréditaire dépistée à la naissance), en raison de la présence d'aspartame.
- Vous ne devez généralement pas utiliser ce médicament, sauf avis contraire de votre médecin pendant la grossesse et l'allaitement.

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

Effets indésirables

PPV:20DH00
PER:08/25
LOT:L2732



DoliGrippe

Paracétamol - Vitamine C - Maléate de Phéniramine



Veillez lire attentivement l'intégralité de

- Gardez cette notice, vous pourriez y
- Si vous avez toute autre question, si
- pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit, en l'absence de symptômes identiques, cela pourrait
- Si l'un des effets indésirables décrits dans la notice, parlez-en à votre médecin ou

Composition du médicament

- Composition qualitative et quantitative
- Paracétamol
- Acide Ascorbique (Vitamine C)
- Maléate de Phéniramine

- Composition qualitative en excipients
- Mannitol, acide citrique anhydre, povidone
- Composition de l'arôme : Substances
- E14, Acide Ascorbique E300, Triacétate de cellulose

- Excipients à effet notoire :
- Aspartame, Rouge Cochenille A (E124)

Classe pharmacothérapeutique ou le type de médicament
DoliGrippe[®], granulés pour solution buvable
MÉDICAMENTS DU RHUME EN ASSOCIATION
DoliGrippe[®], granulés pour solution buvable

- Une action antihistaminique qui permet de soulager les symptômes
- aux phénomènes spasmodiques tels que la toux
- Une action antalgique antipyrétique
- Une compensation en acide ascorbique

Indications thérapeutiques

Ce médicament est indiqué dans le traitement au cours des rhumes, rhinites, rhinopharyngites et des états grippaux de l'adulte et l'enfant de plus de 15 ans :

- De l'écoulement nasal clair et des larmoiements,
- Des éternuements,
- Des maux de tête et/ou fièvre.

Posologie

Réserve à l'adulte et l'enfant de plus de 15 ans.

1 sachet à renouveler si nécessaire au bout de 4 heures minimum, sans dépasser 3 sachets par jour.

- **Mode d'administration :**

Voie orale.

Les sachets doivent être pris dans une quantité suffisante d'eau, froide ou chaude. Au cours des états grippaux, il est préférable de prendre ce médicament dans de l'eau chaude le soir.

- **Durée du traitement :**

La durée maximale du traitement est de 5 jours.

- **Fréquence d'administration :**

En cas d'insuffisance rénale, (clairance à la créatinine inférieure à 10 ml/mn), l'intervalle entre 2 prises sera d'au moins 8 heures.

Contre-indications

Ne prenez jamais DoliGrippe[®], granulés pour solution buvable en sachet, dans les cas suivants :

- Enfant de moins de 15 ans,
- En cas d'antécédent d'allergie aux constituants du produit,
- En cas de certaines formes de glaucomes (augmentation de la pression dans l'œil),
- En cas de difficultés à uriner d'origine prostatique ou autre,
- En cas de maladie grave du foie en raison de la présence de paracétamol,
- En cas de phénylcétonurie (maladie héréditaire dépistée à la naissance), en raison de la présence d'aspartame.

Vous ne devez généralement pas utiliser ce médicament, sauf avis contraire de votre médecin pendant la grossesse et l'allaitement.

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

Effets indésirables

PPV:20DH00
PER:08/25
LOT:L2732