

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.

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 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.



Déclaration de Maladie

M22- 0016517

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2291 Société : RAM 196617
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : CHAFI KHAYAT
Date de naissance : 08/09/1954
Adresse : 28 LOT 42 ASSIL MOHAMMEDIA
Tél. : 0668407172 Total des frais engagés : 68.3. 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 : MOHAMMEDIA Le : 27/02/24

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
	12-2-24	68,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

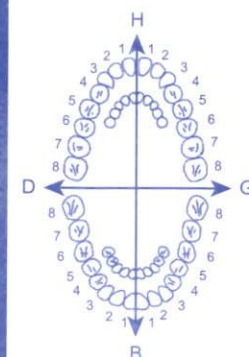
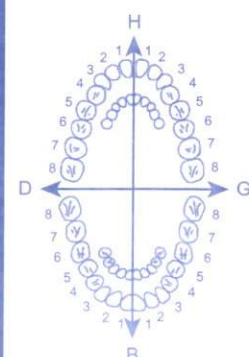
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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>H</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> </table>		H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	B	00000000 35533411	00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H	G										
	25533412 00000000	21433552 00000000										
	D	B										
	00000000 35533411	00000000 11433553										
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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



PHARMACIE JACARANDA
N1BIS RUE ELGARA BD MY SLIMANE AIN SEBAA

DR. AMAL HASSANI

R.C : 422210

Patente: 30702604

T.V.A :

C.N.S.S: 4744662

Tél : 0522 67 30 06

Le 12/02/2024

FACTURE N°106345

N° ICE : 001575444000034

N° IF : 18745688

CHAFI

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	ARNICA GEL 15 G	58,00	58,00	9,67	20,00
1	DOLIPRANE CO 500MG 20U	10,30	10,30	0,67	7,00
<div>صيدلية جكارندا PHARMACIE JACARANDA BD MY SLIMANE AIN SEBAA Tél: 0522 67 30 06 - Casablanca</div>					
TOTAL T.T.C :					68,30

Nbr Articles	TVA 7% Base :	10,30	Montant :	0,67	TVA 20% Base :	58,00	Montant	9,67
--------------	---------------	-------	-----------	------	----------------	-------	---------	------

Arrêté la présente facture à la somme de :
Soixante Huit DIRHAMS et 30 centimes.

ARNICA GEL
LOT: CAX12
EXP: 01/2026
PPC: 68.00DH

Distribué par :
LABORATOIRE ADDAX MAROC
Avenue Stendhal, Résidence
Benber imm. 8 64 1er étage
CASABLANCA

Lot n° :
PPV :
À utiliser de préférence avant fin :

500 mg

PPV: 10DH30
PER: 03/25
LOT: L1139



500 mg

Boîte de 20 comprimés

PREPARETES :

Ce médicament est un antalgique. Il calme la douleur.

Il est antipyrétique. Il fait baisser la température en cas de fièvre.

INDICATIONS :

Ce médicament contient du paracétamol.

Il est indiqué dans les maladies avec douleur et/ou fièvre, telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses, chez l'adulte et l'enfant à partir de 27 kg : (environ 8 ans).

CONTRE-INDICATIONS :

Il ne faut pas utiliser en cas :
- d'allergie connue au paracétamol
- maladie grave du foie.

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Il existe des dosages plus adaptés pour l'enfant de moins de 27 kg : (moins de 8 ans environ).
- (Compte-tenu des posologies recommandées, il est inutile d'alterner la prise d'aspirine et de paracétamol.
Avant de prendre du paracétamol, il est nécessaire de consulter votre médecin en cas de maladie grave des reins ou du foie.
- Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou si elle s'aggrave. Ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES
AFIN D'EVITER D'EVENUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS
MEDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE
TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

Ce médicament contient du paracétamol, d'autres médicaments en contiennent pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée.

