

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Déclaration de Maladie

N°D. N° W19-490219

13878 .

connu

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1449	Société : RAH		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BANQOUR Tounia			
Date de naissance : 24/10/1999			
Adresse : 163 KSOUR ASNI 2 MASSERAZ MULAY SIDI			
Tél. : 0666593575 / 0524344033 Total des frais engagés : 138,50 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : **TAKEAWAY**

Signature de l'adhérent(e) : **Tounia**

Le : **01/11/2019**

RELEVE DES HONORAIRES DENTAIRES

Date des Actes des Nat. Natures des Nom et Montant détaillé de Chaque signature Médecin
Actes Actes Coeff. Coefficient des Horaire attesté par le Patient pour les Autres Actes

INP : INP :

EXEMPTION DE SOUS-DONNÉES

Cachet de pharmacien ou du dispensateur	Date Date	Montant de la facture
<i>PHARMACIE CENTRALE</i> Mohamed AYAD Marrakech	11/11/19	138,50

ANALYSE RADGRAPHIES

Cachet de signature du radiologue et du film radiologique	Date Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MÉDICAUX

Cachet de signature du Rtu Praticien	Date des Soins	Nombre AM A M PC P C I M I M IV	Montant détaillé des Honoraires

RELEVE DES TRAITEMENTS DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.
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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

INP : INP :

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT DE EXECUTION

FIN DE EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

A ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PH.CENTRALE GUELIZ

HAIZOUN TARIK

166.AV.MOHAMED V

MARRAKECH

Taxe Profes. N°: 45101632

N° R.C. : 69801

N° ID.F. : 15271278

N° CNSS : 1536294

Tel : 0524430158

Fax :

MME BANQOUR TOURIA

I.C.E. :

N° ICE 001606462000046

Le : 01/11/2019

FACTURE N°: 1701/19

Qté	Désignation	Prix	Montant
1	NEUTRAL SIROP	38.50	38.50
1	KETUM GEL TUBE DOSEUR/10	100.00	100.00

TVA 7%: 9.06

Total : 138,50

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

CENT TRENTÉ HUIT DIRHAMS ET CINQUANTE CTS

PAYE EN ESPECE

سociété المراكشية للتجزئة
Sté. Pharmacie centrale SARL AU
166, Bd. Mohamed V - Marrakech
Tél.: 0524 43 01 58

Neutral®

Hydroxyde d'aluminium + Hydroxyde de magnésium

PPV 38DH50

EXP 08/2021

LOT 84038 6

..... 4,220 g
..... 5,200 g
..... cellulose, parahydroxybenzoate de
..... de d'hydrogène à 30 % (110V),
..... purifiée, qsp 100 ml

..... 400 mg
..... 400 mg
..... e, essence de menthe, magnésium

Neutral®

Anti-Acidé

Suspension buvable 250 ml

L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE

h.

Prennent un médicament :

- Perte de poids
- Gêne abdominale persistante ou difficulté à avaler.

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Prévenez votre médecin en cas de :

- Insuffisance rénale
- Dialyse chronique
- Prise d'antihistaminique H₂, furosémide, glucocorticoïdes, fluoroquinolones.

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

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS :

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, ET NOTAMMENT Tétracycline, Chlorpromazine, Isoniazide, Fluoroquinolones, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT :

- L'utilisation de ce médicament ne doit être envisagée au cours de la grossesse que si nécessaire.
- Eviter les prises prolongées et à fortes doses de ce médicament
- L'allaitement peut être poursuivi lors de ce traitement.

KETUM® 2,5%

Kétoprofène
Gel. Tube doseur

Lisez attentivement l'iv
Elle contient des infor

ette notice

rendre ce médicament.

doute, demandez plus d'informations à votre
symptômes

LOT : 8029 A
PER : MAI 2021
PPV : 100 DH 00



Forme et présentation
Gel, Tube doseur de 120 g

Classe pharmaco-thérapeutique
Anti-inflammatoire non stéroïdien en topique (M : Muscle et Squelette)

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament contient un anti-inflammatoire non stéroïdien : le kétoprofène. Il est indiqué, chez l'adulte (plus de 15 ans), et de courte durée :

- des poussées d'arthrose des petites articulations,
- des tendinites,
- des traumatismes de type entorse bénigne (foulure), contusion,
- des lombalgies,