

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W19-490209

couvain

ND:
13881.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Matricule :	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom :		
Date de naissance :		
Adresse :		
Tél. :	Total des frais engagés :	
130,00 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
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.	
 MUPRAS 25 DEC. 2019 ACCUEIL	
Age:	
<input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant	

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE 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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/12/19	130,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram shows a circle divided into four quadrants by a horizontal and a vertical axis intersecting at the center. The top-right quadrant is labeled 'H' above the circle. The bottom-right quadrant is labeled 'G' below the circle. The bottom-left quadrant is labeled 'B' below the circle. The top-left quadrant is labeled 'D' to the left of the circle. Each quadrant contains a series of numbered circles arranged in a curve. The top-right quadrant (H) has circles numbered 1 through 8. The bottom-right quadrant (G) has circles numbered 8 through 1. The bottom-left quadrant (B) has circles numbered 1 through 8. The top-left quadrant (D) has circles numbered 8 through 1. The numbers are arranged such that they decrease as they move clockwise around the circle.

ISA 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° ICE 001606462000046

N° CNSS : 1536294

Tel : 0524430158

Fax :

MME BANQOUR TOURIA

I.C.E. :

Le : 10/12/2019

FACTURE N°: 1701/19

Qté	Désignation	Prix	Montant
3	DOLIPRANE 500/20CP SEC	10.30	30.90
1	KETUM GEL TUBE DOSEUR/10	100.00	100.00

TVA 7%:

8.56

Total :

130,90

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

CENT TRENTÉ DIRHAMS ET QUATRE-VINGT DIX CTS

PAYE EN ESPECE

شركة المراكش للتجزيف
Sté. Pharmacie Centrale SARL AU
166, Bd. Mohammed V - Marrakech
Tél.: 05 24 43 01 58

Doliprane® 500 mg

PARACÉTAMOL

comprimé



PPV: 10L1,30

PER: 09/20

LOT: G1896

500 mg

COMPOSITION :

- Paracétamol
 - Excipients: qsp
- Boîte de 20 comp.

PROPRIETES :

Ce médicament est
Il est antipyrrétique.



fièvre.

INDICATIONS :

Ce médicament contient du paracetamol.

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

CONTRE-INDICATIONS :

Ne pas utiliser en cas :

- d'allergie connue au paracétamol,
- maladie grave du foie.

PRÉCAUTIONS 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 elles s'aggravent, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES 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. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT :

Doliprane® 500 mg comprimé peut être utilisé pendant la grossesse et l'allaitement.



Doliprane® 500 mg

PARACÉTAMOL

comprimé



PPV: 10L1,30

PER: 09/20

LOT: G1896

500 mg

COMPOSITION :

- Paracétamol
 - Excipients: qsp
- Boîte de 20 comp.

PROPRIETES :

Ce médicament est
Il est antipyrrétique.



fièvre.

INDICATIONS :

Ce médicament contient du paracetamol.

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

CONTRE-INDICATIONS :

Ne pas utiliser en cas :

- d'allergie connue au paracétamol,
- maladie grave du foie.

PRÉCAUTIONS 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 elles s'aggravent, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES 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. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT :

Doliprane® 500 mg comprimé peut être utilisé pendant la grossesse et l'allaitement.



Doliprane® 500 mg

PARACÉTAMOL

comprimé



PPV: 10L1,30

PER: 09/20

LOT: G1896

500 mg

COMPOSITION :

- Paracétamol
 - Excipients: qsp
- Boîte de 20 comp.

PROPRIETES :

Ce médicament est
Il est antipyrrétique.



fièvre.

INDICATIONS :

Ce médicament contient du paracetamol.

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

CONTRE-INDICATIONS :

Ne pas utiliser en cas :

- d'allergie connue au paracétamol,
- maladie grave du foie.

PRÉCAUTIONS 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 elles s'aggravent, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES 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. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT :

Doliprane® 500 mg comprimé peut être utilisé pendant la grossesse et l'allaitement.



KETU

Kétc
Gel. Tu

Endre ce médit

vine, eau pur

quelette)

le ketoprofén

11

vans;

appareil, la
tiaprofénique

S'EXPOSER 3

L'ESPRESSO

le traitement
commandée (C
médecin.

LOT: 7014A
PER: MAR 2020
PPV: 100 DH 00

The logo for KETUM 2,5% gel. The word "KETUM" is in large, bold, black letters with a yellow diagonal bar through the first two letters. Below it, "Kétoprofène" is written in smaller black text, and "Tube doseur" is in red text inside a red oval.

Indications, contre-indications, précautions d'emploi : Lire attentivement la notice avant utilisation. Ce médicament doit être conservé à une température inférieure à 25°C. Ne pas laisser à la portée des enfants. Mode et voie d'administration : Voie locale. Faire pénétrer le gel par un massage doux et prolongé, sur la région douloureuse ou inflammatoire. Mises en garde spéciales : **Se laver soigneusement les mains après chaque utilisation.**

دواعي الاستعمال، موانع الاستعمال، احتياطات الاستعمال: اقرأوا هذه النشرة بانتباٰه قبل الاستعمال. يجب الاحتفاظ بهذا الدواء في درجة حرارية تقل عن 25° مئوية. لا تتركوه في متناول الأطفال. كيفية و طريقة الاستعمال: الطريق الموضعي. يدهن المرهم بتدليك لطيف، على المنطقة المؤلمة أو الملتهبة إلى أن يتم امتصاصها كلياً. تحدّيرات خاصة: يجب غسل العدّين بعنابة بعد كل استعمال.

protéger les zones pendant le traitement

Ne pas s'exposer au

للال مدة العلاج بأكملها
رضوا لأشعة الشمس
أشعة فوق البنفسجية.

**Interactions médicamenteuses et autres interactions
AFIN D'ÉVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS
TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A
L'HOPITAL**