

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Education :

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.

Optique :

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.

Défaut 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

41235

Déclaration de Maladie : N° S19-0003052

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2273 Société : R.A.R.T

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : K. Belghit Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 66 198859 Total des frais engagés : 47,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :
24 SEP. 2020

Lien de parenté : Lui-même Conjoint 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 :

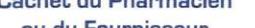
Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 24/09/2020

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/09/2008	47,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaires, 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 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE IBN TAIMIA
LOT ALADARISSA N°119 SIDI MAAROUFCASA

PHD MICROBIOLOGIE
DEUSt Dermopharmacie et Cosmetologie
DEUS Pharmacie Clinique

R.C :337980 Patente:36102085
T.V.A :77300610 C.N.S.S:2300771
Banque:013780010710002170014148
Tél :0522335225

Le 22/09/2020

FACTURE N°253246

N° ICE : 001683360000085

N° IF : 77300610

K BLGHITI A

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	OPLASTINE 60 G	30,00	30,00	1,96	7,00
1	AVD DEROL / 20 CP EFFERVES	17,80	17,80	1,16	7,00

TOTAL T.T.C : 47,80

Nbr Articles	TVA 7% Base :	47,80	Montant : 3,12	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	-------	----------------	----------------	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :
Quarante Sept dirhams et 80 centimes.

PPC 30.00 DH
LOT T240 PER 02/23

ASPIRINE VITAMINÉE C DEROL

Tamponnée - Effervescente

1/ COMPOSITION :

Acide acétylsalicylique

Acide ascorbique

Excipient q.s.p. 1

OL

EE C

ENTE

PPV : 17DH80

9MA066 12/20

**Douleurs
et fièvre**

2/ INDICATIONS :

Ce médicament combat les maladies avec :

- douleurs dentaires, rhumatismales, sciaques.

3/ POSOLOGIE : COM

Réservez à l'adulte et à l'enfant de plus de 12 ans une prise d'environ

Les prises seront espacées d'au moins 4 heures.

- Douleurs d'intensité légère à modérée et/ou états fébriles :

Adulte : à titre indicatif, 1 à 2 comprimés, à renouveler si nécessaire au bout de 4 heures, sans dépasser la dose de 9 comprimés par jour.

La posologie quotidienne maximum est de 3 g d'aspirine.

Sujet âgé : à titre indicatif, 1 comprimé, à renouveler si nécessaire au bout de 4 heures, sans dépasser la dose de 6 comprimés par jour.

La posologie quotidienne maximum est de 2 g d'aspirine.

Enfant : la posologie est fonction du poids.

A titre indicatif : entre 30 et 50 kg (soit entre 10 et 15 ans) : 1 comprimé à renouveler si nécessaire au bout de 4 heures, sans dépasser 6 comprimés par jour.

Les âges approximatifs en fonction du poids sont donnés à titre indicatif.

Il est nécessaire de suivre les indications de votre médecin.

CE MEDICAMENT VOUS A ETE PERSONNELLEMENT DELIVRE OU PRESCRIT DANS UNE SITUATION PRECISE :

IL PEUT NE PAS ETRE ADAPTE A UN AUTRE CAS.

NE PAS LE CONSEILLER A UNE AUTRE PERSONNE.

Boire immédiatement après dissolution complète du comprimé dans un verre d'eau.

Les prises réparties dans la journée permettent d'éviter les pics de fièvre ou de douleurs. Elles doivent être espacées d'au moins 4 heures.

Ne dépassiez pas 3 jours de traitement en cas de fièvre, ni 5 jours de traitement en cas de douleurs sans l'avis de votre médecin.

4/ CONTRE-INDICATIONS : DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT

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

- à partir du 6ème mois de la grossesse, — allergie à l'aspirine ou à un médicament apparenté (notamment anti-inflammatoires non stéroïdiens), — ulcère de l'estomac ou du duodénum en évolution, — maladie hémorragique ou risque de saignement, — traitement avec des anticoagulants oraux lorsque l'aspirine est utilisée à une dose de 3 g par jour, — traitement par le méthotrexate en cours.

Ce médicament NE DOIT GÉNÉRALEMENT PAS ÊTRE UTILISÉ, sauf avis contraire de votre médecin :

- au cours des 5 premiers mois de la grossesse et pendant l'allaitement, — en cas de traitement par : les autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, les anticoagulants oraux lorsque l'aspirine est utilisée à des doses inférieures à 3 g par jour

Les héparines injectables, les uricosuriques (médicaments de la goutte), la ticlopidine.

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

5/ MISE EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Pour les enfants de moins de 10 ans, prendre un dosage plus adapté.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

- Avant de prendre de l'aspirine, il est nécessaire de consulter votre médecin en cas de : goutte,