

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.

Pathologie 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.

Éducation :

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.

Prothèse 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

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 M
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : K. Belghit Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 06 66 19 81 19 Total des frais engagés : 47,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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 :

Le : 24 SEP 2020

Signature de l'adhérent(e) :

Signature : [Signature]



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

22/09/2020

47,80

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

A M

P C

I M

I V

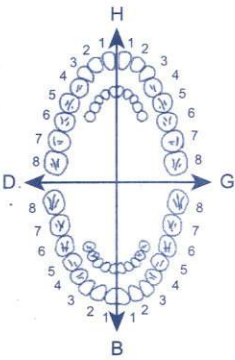
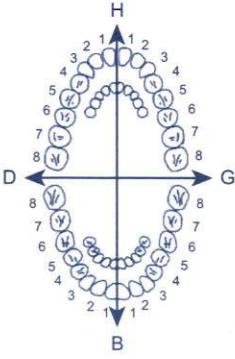
Montant détaillé des Honoraires

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 canaux, 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																										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			B				Coefficient DES TRAVAUX
	H		G																								
	25533412	21433552																									
	00000000	00000000																									
	00000000	00000000																									
	35533411	11433553																									
	B																										
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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



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

FACTURE N°253246

K BLGHITI A

ICE N° :

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

ÉE C ENTE

PPV: 17DH80
9MA066 12/20

Douleurs et fièvre

2/ INDICATIONS :

Ce médicament co

les maladies ave

— douleurs denta

rhumatismales, sciati

3/ POSOLOGIE : COM

Réservé à l'adulte et à l'adolescent de plus de 15 ans.

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 MÉDICAMENT VOUS A ÉTÉ PERSONNELLEMENT DELIVRÉ OU PRESCRIT DANS UNE SITUATION PRÉCISE :

IL PEUT NE PAS ÊTRE ADAPTE À UN AUTRE CAS.

NE PAS LE CONSEILLER À 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 dépassez 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 DOUTE, 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,