

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

- 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



Déclaration de Maladie

42928
N° W19-480599
CAT

Maladie

Matricule : 10652 Société :

Actif

Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Bardi Ned

Date de naissance : 08/05/1967

Adresse : Avenue de 30 Avpt 1er Et Haak

Tél. : 06 78 70 39 69

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

08 OCT 2009

Age :

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 : / /

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
Pharmacie RIAD SALAM 2, Bd La Corniche - Ain Diab Tél : 0522 36 92 59 - Casablanca	05/10/2020	42.50 DH

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
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAIL X

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



Pharmacie
Riad Salam

ABBAD ELANDALOUSSI Kacem
Docteur en Pharmacie

FACTURE N°

Bd de la corniche Ain-Diab - Casablanca
(En face du parking Mc Donald's) Ain Diab - Tél : 05 22 36 92 99

CASABLANCA, LE 05/10/2020

	Inongan pol	S.V	①	13.20	
	Utra C 1000 pn		①	15.30	
	Boliprane 1G	S.V	④	14.00	
<hr/>					
T = 42.50 DH					
<i>Pharmacie RIAD SALAM Bd de la corniche - Ain Diab Tél : 05 22 36 92 99</i>					

Vita C 1000®

(Acide asc)

Effervescent

Vita C 1000®

10 Comprimés effervescents



ou à votre

AMM N° 03 DMP/21

1-DENOMINATION DU MEDICAMENT

VITA C 1000®, Comprimés effervescents : Boîtes de 20 et

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire. Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, parlez-en à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

2-COMPOSITION DU MEDICAMENT

Acide ascorbique (Vit. C) P. comp. eff.

1g

Excipients : Acide citrique anhydre, Bicarbonate de sodium anhydre, Cyclamate de sodium, Benzoate de sodium, Saccharose, Arôme orange polyvalors n° 3, Colorant jaune orangé S (E110), Alcool éthylique à 96 %, Eau purifiée.

EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

Sodium : 307 mg par comprimé.

Saccharose : 441,5 mg par comprimé.

Colorant jaune orangé S (E110)

3-CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE OU TYPE D'ACTIVITE

Vitamine C

4-INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ce médicament contient de la vitamine C.

Il est indiqué dans les états de fatigue passagers de l'adulte et de l'enfant de plus de 15 ans.

5-POSOLOGIE

RESERVE A L'ADULTE ET A L'ENFANT DE PLUS DE 15 ANS

La posologie est de 1 comprimé par jour.

EN CAS DE DOUTE, DEMANDEZ CONSEIL A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

Mode et voie d'administration

Voie orale.

Le comprimé doit être dissous dans un verre d'eau.

Durée de traitement

La durée de traitement est limitée à 1 mois.

6-CONTRE-INDICATIONS

Ne prenez jamais VITA C 1000® Comprimé effervescent :

- Si vous êtes allergique (hypersensible) à la substance active ou à l'un des autres composants contenus dans VITA C 1000®.

- En cas de calcul rénal.

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

7-EFFETS INDESIRABLES

Comme tous les médicaments, VITA C 1000® est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

A fortes doses supérieures à 1 g/jour, possibilité de :

- troubles digestifs (brûlures d'estomac, diarrhées),

- troubles urinaires (gêne à l'émission des urines ou coloration rouge des urines),

- hémolyse (destruction des globules rouges) chez les sujets déficients en glucose 6 phosphate déshydrogénase (manque en un enzyme des globules rouges).

Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si certains effets indésirables deviennent graves, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

Doliprane®

PARACÉTAMOL

1000 mg
Comprimé

DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé :

La substance active est : paracétamol 1000 (1111,11 mg), pour un comprimé.

Les autres composants sont : croc, maïs préglatinisé, acide stéarique (

QU'EST-CE QUE DOLIPRANE® CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament contient du paracétan fièvre telles que maux de tête, états g règles douloureuses. Il peut également é douleurs de l'arthrose.

Cette présentation est réservée à l'adulte (à p ans) :

Lire attentivement la rubrique "Posologie".

Pour les enfants de moins de 15 ans, il existe d'autres présentations de paracétamol. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

QUELLES SONT LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE PRENDRE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ?

Contre-indications :

Ne pas prendre DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé dans les cas suivants : allergie connue au paracétamol, maladie grave du foie, enfant de moins de 15 ans.

PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIERES AVEC DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ :

Précautions Particulières :

Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou en cas d'efficacité insuffisante ou de survenue de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin.

En cas de maladie grave du foie ou des reins, il est nécessaire de consulter votre médecin avant de prendre du paracétamol.

Mises en garde :

En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une dose trop élevée, consultez immédiatement votre médecin.

Ce médicament contient du paracétamol. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée (cf. chapitre "Posologie").

Grossesse et allaitement :

Le Paracétamol, dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant la grossesse ainsi qu'en cas d'allaitement.

PPV: 14DH00
PER: 03/23
LOT: J991



INONGAN

Crème

FORME ET PRÉSENTATION :

Crème - tube de 55 g.

COMPOSITION :

Pour 100 g

Salicylate de méthyle..... 12,50 g
Camphre racémique..... 1,00 g

Excipients : Sédéfos 75® (distéarate d'éthylène glycol associé à un phosphate d'alpha-hydroxyacide), Labrafil M2130® (glycérides polyglycosylés saturés), paraffine liquide, menthol racémique, huile d'eucalyptus, eau purifiée.

PROPRIÉTÉS :

A visée antalgique (M. Système locomoteur).

INDICATIONS :

- Traitement local d'appoint des douleurs d'origine musculaire et tendinoligamentaire de l'adulte,
- Douleurs rhumatismales,
- Douleurs de lumbago et du torticolis,
- Massages sportifs.

CONTRE-INDICATIONS :

INONGAN Crème ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :

- Allergie aux salicylés, à un médicament apparenté (AINS, aspirine) ou à un autre composant.
- Ne pas appliquer sur les muqueuses, les yeux, les eczémas, sur les plaies, les lésions suintantes ou infectées, ni sous pansement occlusif.

En cas de doute. Demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI :

Réservé à l'adulte - voie cutanée.

Appliquée en massages locaux sur la zone douloureuse, 1 à plusieurs fois par jour.

Se laver les mains après utilisation.

DUREE DU TRAITEMENT : ne pas utiliser de façon prolongée sans avis médical.

MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

INONGAN Crème contient du camphre et du menthol (dérivés terpéniques) qui peuvent entraîner, à doses excessives, des accidents de type convulsions chez le nourrisson et chez l'enfant.

Respecter les conseils d'utilisation :

- Ne jamais appliquer une dose supérieure à celle qui est recommandée,

INDICATIONS :

Douleurs rhumatismales - lombaires et du torticolis - Douleurs tendinoligamentaires - Massages sportifs

MODE D'EMPLOI :

Onctions légères de la zone douloureuse

A répéter plusieurs fois par jour

A.M.M. N° : 265

P.R.V. : 13,20 DH