

## 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° W19-440505

ND-16812

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	9271	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	YAKOUT X A Belhaj
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0611899033 Total des frais engagés : ..... Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : / /	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input 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.	



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 : ..... / /

AS

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
AMILI Bouchaïb Pharmacie Ouled Hm Bd. Mohamed V, Berrechid Tél: 0522 35 73 51	10/12/19	47,30

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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.																																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF																																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> (List of treated teeth)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (Coefficient)																												
				INP : <input type="text"/>																												
				Coefficient des travaux <input type="text"/>																												
				Montants des soins <input type="text"/>																												
				Début d'exécution <input type="text"/>																												
				Fin d'exécution <input type="text"/>																												
<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">25533412</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>          Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		G		25533412		21433552		00000000		00000000		D		G		00000000		00000000		35533411		11433553		B			
H		G																														
25533412		21433552																														
00000000		00000000																														
D		G																														
00000000		00000000																														
35533411		11433553																														
B																																
		Coefficient des travaux <input type="text"/>																														
		Montants des soins <input type="text"/>																														
		Date du devis <input type="text"/>																														
		Date de l'exécution <input type="text"/>																														

# PHARMACIE OULED HRIZ



Docteur en pharmacie

R.C : Patente:  
T.V.A :

Tél :

Le 10/12/2019

**FACTURE N°158195**

N° ICE :

**YAKOUTI SANAA**

N° IF :

**ICE N° :**

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	MALTOFER CO 100MG FOL	47,30	47,30	3,09	7,00
<i>SV</i>					

**TOTAL T.T.C :** **47,30**

Nbr Articles	TVA 7% Base :	47,30	Montant :	3,09	TVA 20% Base :		Montant
--------------	---------------	-------	-----------	------	----------------	--	---------

*Arrêté la présente facture à la somme de :  
Quarante Sept Dirhams et 30 centimes.*

**MALTOFER® Fol**  
**Fer (III) / Acide folique**  
**Comprimé**

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament. Elle contient des informations importantes pour votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.
- Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez votre médecin.
- Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un des effets mentionnés comme étant grave, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

**Qu'est-ce que Maltofer® Fol comprimés et quand doit-il être utilisé?**

Les comprimés Maltofer® Fol contiennent une association de fer et d'acide folique. Ils sont utilisés pour le traitement et la prévention des carences en fer en présence d'un besoin accru d'acide folique pendant la grossesse et l'allaitement.

Le fer est un constituant indispensable de l'hémoglobine, du pigment rouge des muscles et des enzymes contenant du fer. L'acide folique est une vitamine importante pour le développement de l'enfant à naître. Une carence en acide folique au cours des premières semaines de grossesse peut provoquer des malformations chez l'enfant.

**De quoi faut-il tenir compte en dehors du traitement?**

Avant le début du traitement par Maltofer® Fol comprimés, la teneur trop faible en fer sanguin en hémoglobine devrait avoir été confirmée par le médecin au moyen de tests appropriés. Lorsque les symptômes ne sont pas dus à une carence en fer, les comprimés Maltofer® Fol n'ont aucun effet.

Votre médecin déterminera les progrès de votre traitement par des contrôles réguliers et, le cas échéant, par des analyses de sang. Il s'agit d'une procédure normale et qui ne devrait pas vous inquiéter. Si vos symptômes ne s'améliorent pas dans les 3 semaines, veuillez en informer votre médecin.

**Quand Maltofer® Fol comprimés ne doit-il pas être utilisés?**

- En cas d'hypersensibilité (allergie) ou d'intolérance au principe actif complexe d'hydroxyde de fer(III)-polymal-



47,30

fer (par ex. en cas d'augmentation de l'hémoglobine ou de carence en vitamine B12).

**Quelles sont les précautions à observer lors de la prise de Maltofer® Fol comprimés?**

Veuillez informer votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre Maltofer® Fol si vous présentez l'une des pathologies suivantes :

- infection ou tumeur,
- carence en vitamine B12. L'acide folique présent dans Maltofer® Fol peut masquer une carence en vitamine B12.

Informez votre médecin ou votre pharmacien, si prenez un traitement avec l'un des médicaments suivants :

- préparation de fer injectable. Ces préparations à base de fer ne doivent pas être prises en même temps que Maltofer® Fol.
- traitements contre l'épilepsie, en particulier la phénhytoïne,
- chloramphénicol, un médicament pour le traitement des infections bactériennes. Votre médecin suivra avec davantage d'attention si vous prenez ces traitements simultanément.

Informez également votre médecin si vous avez reçu une transfusion sanguine, car il existe dans ce cas un risque de surcharge en fer en cas d'apport de fer supplémentaire.

Informez votre médecin ou votre pharmacien, si :

- vous souffrez d'une autre maladie,
- vous êtes allergique,
- vous prenez déjà d'autres médicaments en usage interne ou externe (même en automédication!).

**Maltofer® Fol comprimés peut-il être pris pendant la grossesse ou la période d'allaitement?**

Si vous êtes enceinte, que vous souhaitez le devenir ou si vous allaitez, vous ne devez prendre Maltofer® Fol qu'après en avoir parlé avec votre médecin.

**Comment utiliser Maltofer® Fol comprimés?**

Les comprimés Maltofer® Fol doivent être avalés entiers et doivent être pris pendant ou immédiatement après le repas.

Pour éviter et traiter une carence en fer, et pour traiter une carence en fer sans anémie (carence en fer