

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° P19-

064610

NO: 23065

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9271

Société : R.A.M.

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Y. Kouty Abdelmajid

Date de naissance : 09-03-67

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
KAMILI Bouchaib Pharmacie Ouled Hachem 124, Bd. Mohamed V, Berrechid Tél: 0522 33 73 51 INPE: 062047295	13/02/20	47130

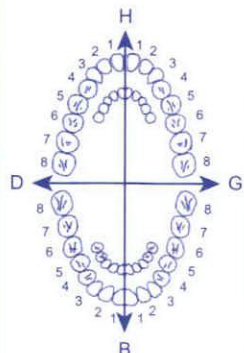
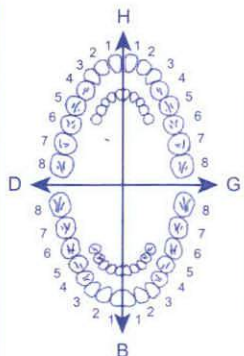
[illegible][illegible]

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'O

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; text-align: center;"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE OULED HRIZ

Docteur en pharmacie

R.C :

Patente:

T.V.A :

Tél :

Le 13/02/2020

FACTURE N°162082

N° ICE :

YAKOUTI SANNA

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
<div>KAMILI Bouchaib Pharmacie Ouled Hriz 124, Bd. Mohamed V. Berrechid Tél: 0522 33 73 51 INPE: 062047295</div>					

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

47,30

Composition :

Principe actif :

Chaque comprimé contient :

100 mg de fer (III) sous forme d'un complexe d'hydroxyde de fer (III)-polymaltose corres

Acide folique 0.350 mg

Les autres excipients sont : vanilline, cyclamate de sodium, talc, polyéthylène glycol 6000, microcristalline, dextrates.

Forme pharmaceutique et présentation :

MALTOFER® Fol Comprimé Boîte de 30.

Classe pharmacothérapeutique :

Code ATC: B03AD04

Indications thérapeutiques :

Traitement des états latents et manifestations de carence en fer et en acide folique au cours de la grossesse et de l'allaitement.

Le diagnostic de la carence en fer et son intensité doivent être confirmés par des examens de laboratoire appropriés.

Contre-indications :

En cas d'affection rare caractérisée par une surcharge en fer des tissus de l'organisme (stockage excessif de fer), en cas de troubles de l'utilisation du fer (p.ex. lorsque l'anémie est due à une mauvaise utilisation du fer) et en cas d'anémie qui n'est pas due à un manque de fer.

En cas d'hypersensibilité connue à l'un des composants.

Mises en garde spéciales et précautions d'emploi :

Les anémies devraient toujours être traitées sous contrôle médical.

En cas d'inefficacité du traitement (pas d'élévation du taux d'hémoglobine d'environ 2 à 3 g/dl de sang en 3 semaines), il faut remettre en question le traitement.

La prudence est de mise chez les patientes et les patients recevant des transfusions sanguines répétées car un apport de fer concomitant à celui d'érythrocytes peut provoquer une surcharge en fer.

Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions :

Aucune interaction n'a été mise en évidence avec les composants alimentaires suivants: acide phytique, acide oxalique, tanin, alginate sodique, choline et sels de choline, vitamine A, vitamine D3 et vitamine E, huile et farine de soja. Ces résultats indiquent de ce point de vue, que le complexe d'hydroxyde de fer(III)-polymaltose peut-être pris pendant ou immédiatement après un repas. L'hydroxyde d'aluminium et la tétracycline n'ont pas diminué l'absorption du complexe d'hydroxyde de fer(III)-polymaltose. Ce complexe peut donc être pris simultanément avec la tétracycline et d'autres composés phénoliques ainsi qu'avec l'hydroxyde d'aluminium.

Des doses plus élevées d'acide folique peuvent réduire l'effet anticonvulsivant des antiépileptiques tels que: carbamazépine, phénytoïne, primidone et barbituriques.

Grossesse et allaitement :

C'est précisément au cours de ces périodes qu'une carence en fer peut se manifester et le besoin en acide folique est accru. Vous devriez cependant prendre les comprimés **MALTOFER® Fol** uniquement sur consultation de votre médecin. Au cours des 3 premiers mois de la grossesse, l'apport de fer à votre organisme est en général suffisant si votre régime est équilibré. Afin de couvrir le besoin accru en fer de l'enfant en phase de développement, votre médecin peut vous prescrire une préparation à base de fer.

Le lait maternel contient naturellement du fer et de l'acide folique. On ignore la quantité de fer et d'acide folique issus des présentations de **MALTOFER® Fol** qui passe dans le lait maternel. Il est peu probable que l'ingestion de cette préparation par la mère puisse provoquer des effets indésirables chez l'enfant allaité. Pendant la grossesse et l'allaitement, **MALTOFER® Fol** ne doit être utilisé qu'après avoir consulté un médecin.

Conducteurs et utilisateurs de machines :

Aucune étude correspondante n'a été effectuée. Toutefois, il est peu probable que le **MALTOFER® Fol** ait un effet sur l'aptitude à la conduite et l'utilisation de machines.

Posologie :

Traitement de la carence en fer manifeste avec besoin accru d'acide folique :

1 comprimé 2-3 fois par jour.

Après la normalisation du taux d'hémoglobine : 1 comprimé par jour, au moins pendant toute la durée de la grossesse, afin de reconstituer les réserves en fer.

Traitement et prophylaxie de la carence en fer latente avec besoin accru d'acide folique :

1 comprimé par jour.

96

96

96

96

96

96

96

96

96

96

96