

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.

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.

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.

Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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.

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7560 Société : 51,235

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : TRÉMONTEAUX

Date de naissance : 19-03-59

Adresse : La Louve

Tél. : 0668319180 Total des frais engagés : 47,60 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 : casab

Le : 04/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :

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
V HAKASAGIE YASMINA Mme. MOUNIRI S. Abdellah Rue 238 Chock Cass	30.12.20	476.2

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				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		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 YASMINA

Mme MOUNDIRI

Docteur en Pharmacie

Lot. 3080 - Hay Yasmina - Aïn Chock

Tél. : - CASABLANCA

Casablanca, le 30.12.20

Mel Treadose & Wind

Distribué par: Cooper Pharma, 41
Rue Mohamed Diouri 20110
Casablanca, Maroc Amina Daoudi
Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé
37 rue Saint-Romain
69379 LYON CEDEX 08

Fabricants:

Merck KGaA,
Frankfurter Strasse 250
64293 DARMSTADT
Allemagne



6 118001 102013

1 CP	MATIN
1/2 CP	A JEUN

Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH



7862160336

Distribué par: Cooper Pharma, 41
Rue Mohamed Diouri 20110
Casablanca, Maroc Amina Daoudi
Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé
37 rue Saint-Romain
69379 LYON CEDEX 08

Fabricants:

Merck KGaA,
Frankfurter Strasse 250
64293 DARMSTADT
Allemagne



6 118001 102013

1 CP	MATIN
1/2 CP	A JEUN

Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH



7862160336

Med Diouri 20110

ca, Maroc

a Daoudi

Pharmacien responsable

Sous licence:

erck Santé

rue Saint-Romain

379 LYON CEDEX 08

ricants:

ck KGaA,

kfurter Strasse 250,

3 DARMSTADT Allemagne



3001102006

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH



7862160335



Demandez conseil à votre pharmacien avant de prendre toute médication.

Prise ou utilisation d'autres médicaments : Si plusieurs que vous prenez ce médicament si votre pharmacien vous prescrit un dosage du taux d'acide urique ou de sucre dans le sang.

Veuillez indiquer à votre pharmacien si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, même s'il s'agit d'un médicament obtenu sans ordonnance.

Attention : cette présentation contient 1000 mg de paracétamol par comprimé :

COMMENT PRENDRE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIME ?

En raison de l'absorption rapide de l'acide acetaminophène, ne pas prendre plus de 4 comprimés par jour.

La posibilité de surdosage existe et peut entraîner des effets indésirables graves.

Il n'est pas recommandé de prendre plus de 4 comprimés par jour.

Le paracétamol possède des propriétés analgésiques et antipyétiques.

Si vous avez pris plus de DOLIPRANE® 1000 mg, consultez immédiatement votre pharmacien.

Le comprimé est à avaler tel quel avec une boisson (par exemple eau, lait, jus de fruits).

Votre rôle.

MODE D'ADMINISTRATION

Posologie : 00H04 : APP

- jour soit 06/09/2003

- Il n'est pas recommandé de prendre plus de 4 comprimés par jour.

La posibilité de surdosage existe et peut entraîner des effets indésirables graves.

Il n'est pas recommandé de prendre plus de 4 comprimés par jour.

Le paracétamol possède des propriétés analgésiques et antipyétiques.

Si vous avez pris plus de DOLIPRANE® 1000 mg, consultez immédiatement votre pharmacien.

Le comprimé est à avaler tel quel avec une boisson (par exemple eau, lait, jus de fruits).

Votre rôle.

QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES ?

Coume tous les médicaments, DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé est susceptible d'avoir des effets indésirables :

- dans certains cas rares, il est possible que survienne une éruption cutanée ou une réaction allergique. Il faut immédiatement arrêter le traitement et aviser votre pharmacien.
- certains effets indésirables peuvent être observés : taux anormalement bas de certains éléments bilan sanguin ont pu être observés : taux anormalement bas de certains éléments du sang (plaquettes) pouvant se traduire par des saignements de nez ou des gencives.
- dans ce cas, consultez un médecin.
- Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, veuillez en informer votre pharmacien.
- Pas de précautions particulières de conservation.
- Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
- Ne pas utiliser après la date de péremption figurant sur la bouteille.



ve à l'adulte et à l'enfant de

ne pas prendre plus de 4 comprimés par jour.

En raison de l'absorption rapide de l'acide acetaminophène, ne pas prendre plus de 4 comprimés par jour.

La posibilité de surdosage existe et peut entraîner des effets indésirables graves.

Il n'est pas recommandé de prendre plus de 4 comprimés par jour.

Le paracétamol possède des propriétés analgésiques et antipyétiques.

Si plusieurs que vous prenez ce médicament si votre pharmacien vous prescrit un dosage du taux d'acide urique ou de sucre dans le sang.

Veuillez indiquer à votre pharmacien si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, même s'il s'agit d'un médicament obtenu sans ordonnance.

Attention : cette présentation contient 1000 mg de paracétamol par comprimé :

COMMENT CONSERVER DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIME ?

Dans ce cas, consultez un médecin.

Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, veuillez en informer votre pharmacien.

Pas de précautions particulières de conservation.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Ne pas utiliser après la date de péremption figurant sur la bouteille.