

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.

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

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

N° P19- 065273

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6601 Société : 57905

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Elyoussefi Elhammed

Date de naissance : 01/01/1982

Adresse : LOT WAFI 2 N°25 PASSAGE BORDJ BOU

Tél. : 0661650595 Total des frais engagés : 250 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur HARRIZI Azeddine
Médecine Générale
Expert Assemblé Près les Tribunaux
Rue Ibn Khaldoun N°121 ter El Haja - BORDJ

Date de consultation : 30/12/2020

Nom et prénom du malade : Elyoussefi Lejaine Age : 21

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Céphalée

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 : Casablanca Le : 02/02/2021

Signature de l'adhérent(e) :

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
30/12/88	e	01	130 D.H.	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/12/88	100,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

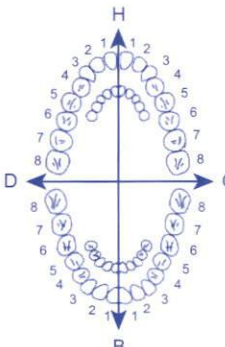
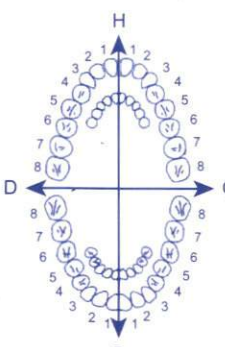
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur HARRIZI Azeddine

الدكتور حريزي عز الدين

Médecine Générale

الطب العام

Diplôme universitaire d'échographie Générale

حائز على دبلوم الفحص بالصدى

Expert assermenté près des tribunaux

خبير محلف لدى المحاكم

Berrechid le : 30/12/2020 برشيد في

Nom :

E L younefi

Prénom :

Lejaud

ORDONNANCE

18.00

11 Doliprane 1000 mg 14 3 LT 9 bl

82.00

4 oxy- 3 bl

0 - 0 - 1

Pharmacie AL MOUNA
DR. FADIR NADIA
SARL AU
71, Rue Ibn Raoum-Berrechid
Tél : 05 22 32 62 63

Docteur HARRIZI Azeddine
Médecine Générale
Expert Assermenté près des Tribunaux
Rue Ibn Khaldoun N° 121 1^{er} étage - Berrechid

Doliprane vitamine C®

Paracétamol 500 mg + Vitamine C 150 mg

COMPOSITION :

Paracétamol = 500 mg, Acide ascorbique = 150 mg, pour un comprimé effervescent.

FORMES et PRÉSENTATIONS :

Comprimé effervescent : Boîte de 16.

DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

ANALGESIQUE ET ANTIPYRETIQUE.

Ce médicament contient du paracétamol et de la vitamine C.

Il est indiqué en cas de douleur et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses.

COMMENT UTILISER CE MÉDICAMENT ?

Posologie

RESERVE A L'ADULTE ET A L'ENFANT A PARTIR DE 27 KG. POUR LES ENFANTS PESANT MOINS DE 27 KG, IL EXISTE D'AUTRES PRESENTATIONS DE PARACETAMOL : DEMANDEZ CONSEIL À VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

Chez l'enfant : il est impératif de respecter les posologies définies en fonction du poids de l'enfant. Si vous ne connaissez pas le poids de l'enfant, il faut le peser afin de lui donner la dose la mieux adaptée.

La dose quotidienne de paracétamol recommandée est d'environ 60 mg/kg/jour, à répartir en 4 ou 6 prises, soit environ **15 mg/kg toutes les 6 heures** ou 10 mg/kg toutes les 4 heures. SE CONFORMER STRICTEMENT A LA PRESCRIPTION MEDICALE.

A titre informatif, la posologie est :

- pour les enfants de 27 à 40 kg (environ 8 à 13 ans) : 1 comprimé par prise, à renouveler si besoin au bout de 6 heures, sans dépasser 4 comprimés par jour.
- pour les enfants de 41 à 50 kg (environ 12 à 15 ans) : 1 comprimé par prise, à renouveler si besoin au bout de 4 heures, sans dépasser 6 comprimés par jour.

Pour les adultes et enfants dont le poids est supérieur à 50 kg (à partir d'environ 15 ans) : La posologie usuelle est de 1 à 2 comprimés par prise, à renouveler en cas de besoin au bout de 4 heures minimum. Il n'est généralement pas nécessaire de dépasser 3 g de paracétamol par jour, soit 6 comprimés. Cependant en cas de douleurs plus intenses, et **sur avis de votre médecin**, la dose totale peut être augmentée jusqu'à 4 g de paracétamol par jour, soit 8 comprimés par jour.

NE JAMAIS PRENDRE PLUS DE 4 g DE PARACETAMOL PAR JOUR, (en tenant compte de tous les médicaments contenant du paracétamol dans leur formule).

FREQUENCE ET MOMENTS AUXQUELS LE MÉDICAMENT DOIT ETRE ADMINISTRE

Les prises systématiques permettent d'éviter les oscillations de douleur ou de fièvre :

- chez l'adulte, elles doivent être régulièrement espacées, y compris la nuit, de



...s un grand verre

...NDRE Doliprane

...s constituants du

