

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.

N° W19-588313

62158

CA

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9277

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENABDOUN HOUNA

Date de naissance : 13/01/69

Adresse : Habituelle

Tél. : 0661160111

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

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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-588313

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 9277

Nom de l'adhérent(e) : BENABDOUN HOUNA

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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 DES TAJA DC LABOUR CONSEIL Avenue Mohammed 6. CGI - Rabat Tel/Fax : 05 37 01 16 75	29/07/21	1000 DA

- 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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

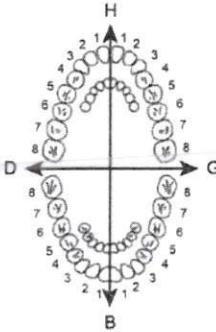
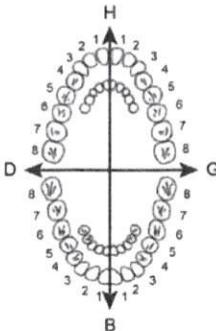
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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"/>
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[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 LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

PHARMACIE DES JARDINS



Sanaa Jabor

0537011040

Avenue Mohammed 6 km 18 CGI, RABAT

Facture N° FAC-56796

Date : 29/01/2021

BEN DOURO MOUNA

Maroc

Produit	Qté.	P.U	Total
DOLIPRANE CO 1000MG B10 COMP	1	14,00	14,00
TOBREX CL 5ML COLLYRE	1	26,40	26,40

Total Organisme	0 DHS
Total Client	40,40 DHS
Total	40,40 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : quarante DHS et quarante centimes

PHARMACIE DES JARDINS
Dr JABOR Sanaa
Avenue Mohammed 6 km 18
CGI - Rabat
Tél/Fax : 05 37 01 10 40

Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL

DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé

La substance active est : paracétamol 1 (1111,11 mg), pour un comprimé.

Les autres composants sont : croscarm, mais préégélatinisé, acide stéarique (origi-

QU'EST-CE QUE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ?

Ce médicament contient du paracétamol. Il est indiqué dans les malaises et douleurs courantes, telle que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, réflexes douloureuses. Il peut également être prescrit par votre médecin pour les symptômes de l'arthrose.

Cette présentation est réservée à l'adulte (à partir de 16 ans).

Lire attentivement la rubrique "Posologie".

Pour les enfants de moins de 15 ans, il existe d'autres présentations.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

QUELLES SONT LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES POUR 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 PARTICULIÈRES 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: 10/23

LOT: J2684



Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL

10 Comprimés



6 118000 040972



TOBREX 0,3 %, collyre en solution

Tobramycine

Veuillez lire attentivement l'intégralité de ce contenu des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin d'en lire d'autres.
- Si vous avez d'autres questions interrogez votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit pour votre maladie.
- Il est nocif, même si les signes de leur maladie sont absents.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, il s'agit d'un effet indésirable qui ne se rapporte pas à la maladie.

Dans cette notice :

- QU'EST-CE QUE TOBREX 0,3 %, collyre en solution ?
- QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONSULTER ?
- COMMENT UTILISER TOBREX 0,3 %, collyre en solution ?
- QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES ?
- COMMENT CONSERVER TOBREX 0,3 %, collyre en solution ?
- INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

1. QU'EST-CE QUE TOBREX 0,3 %, collyre en solution ?

Ce médicament contient un antibiotique de la famille des aminosides.

TOBREX 0,3 %, collyre en solution est indiqué dans le traitement des bactéries pouvant être combattues par cet antibiotique (inflammation de la cornée d'origine bactérienne) et ulcères de la cornée.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONSULTER ?

N'utilisez jamais TOBREX 0,3 %, collyre en solution si vous avez une antécédent d'allergie à l'un des constituants du collyre ou à la famille des aminosides.

Attention avec TOBREX 0,3 %, collyre en solution :

Si vous avez une allergie, le traitement doit être arrêté.

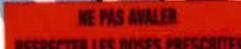
Il doit être employé en injection péri- ou intra-oculaire.

Pour l'amélioration rapide ou en cas d'apparition de symptômes anormaux, consulter votre médecin. Si l'amélioration n'est pas complète ou si l'effet persiste, une surveillance par votre médecin est nécessaire.



Soyez prudent
Ne pas conduire
sans avoir lu la
notice

TOBREX® 0,3 %
COLLYRE EN SOLUTION



Liste I. Uniquement sur ordonnance

TOBREX® 0,3 %
COLLYRE EN SOLUTION
Tobramycine
Alcon®

TOBREX® 0,3 %
Collyre 5 ml

Remboursable AMD



6 118000 020417