

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° W21-626941

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	0622	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	Abdelrahman Solti
Nom & Prénom :			
Date de naissance : 1959			
Adresse : AV 09 AVRIL RUE SANABIL ZKT 04 NROS TETOUAN			
Tél. : 0688563133	Total des frais engagés : <i>[Signature]</i> Dhs		

Autorisation CNIDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	<input type="text"/>
Cachet du médecin :	<input type="text"/>
Date de consultation :	<i>[Signature]</i>
Nom et prénom du malade :	Age:
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<i>[Signature]</i>
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.	

ACCUEIL *[Signature]* **1707**

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 ADHERENT	N° W21-626941
Déclaration de maladie	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 :	_____
Nom de l'adhérent(e) :	_____
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 ASRAAL WILAYA Avril, Lot A 97 1303-1217	15.4.2021	5880

PHARMACIE
ASRAT AL WILAYA
wil. Lot. A
97 13602-1

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.

BELLEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []
				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	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS []
				DATE DU DEVIS []
				DATE DE L'EXECUTION []

**PHARMACIE
MASRAH AL WILAYA**

Tél : 05 39 97 13 00

FACTURE

0000080

Tétouan, le: 15. 4. 21

Client:

SATTI ABIDEN HAMAN

Arrêtée la présente Facture à la somme de:

Total H.T.

TVA

Total T.T.C

Av. 9 Avril Lot. Al Matar N° 127, Al Wilaya - Tétouan

Patente: 59425647 - R.C: 42204 - IF: 40112774 - INPE: 162065403

P P V 1 5 D H 8 0
P E R 0 2 / 2 3
L O T J 3 3 9

A5,80

Doliprane®

1000 mg comprimé effervescent sécable
PARACÉTAMOL

fice car elle contient des informations importantes pour vous. Ce
donnance et vous permet donc de soigner des maladies bénignes
ns, vous devez utiliser Doliprane 1000 mg, comprimé effervescent
meilleur résultat. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin
ressoin de plus d'informations et de conseils, adressez vous à votre
aggravent ou persistent après 5 jours, consultez un médecin.

1000 mg pour un comprimé effervescent sécable. Les autres composants
mannitol, saccharine sodique, laurylsulfate de sodium, povidone
ate de sodium anhydre, leucine, arôme orange.
comprimé.

Ten



QU'EST-CE QUE DOLIPRANE 1000 mg, COMPRIMÉ EFFERVESCENT ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament contient du paracétamol.

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

Il peut également être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose.

Cette présentation est réservée à l'adulte (à partir de 15 ans) :

Lire attentivement la rubrique "Posologie".

Pour les enfants de moins de 15 ans, il existe d'autres présentations de paracétamol : demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE PRENDRE DOLIPRANE 1000 mg, COMPRIMÉ EFFERVESCENT.

Contre-indications

Ne pas prendre DOLIPRANE 1000 mg, comprimé effervescent dans les cas suivants :

- allergie connue au paracétamol,
- maladie grave du foie,
- enfants de moins de 15 ans.

PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE 1000 mg, COMPRIMÉ EFFERVESCENT

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 régime sans sel ou pauvre en sel, tenir compte dans la ration journalière de la présence de sodium : 408 mg par comprimé.
- 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.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.





PHARMACEIN.

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACtIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, notamment avec la buprénorphine, la nalbuphine, la pentazocine ou l'enoxacine, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACEIN.

• INTERACtIONS MEDICAMENTUEUSES ET AUTRES INTERACtIONS

EN CAS DE DOULEUR NE PAS HESITER A DEMANDER LAVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACEIN.

- Compte tenu de la présence de caféine, ce médicament peut entraîner des insomnies, en conséquence, il convient d'éviter les prises en fin de journée.

- Compte tenu de la présence de caféine, ce médicament peut entraîner des insomnies, en conséquence, il convient d'éviter les prises en fin de journée.

- Avertir de prendre ce médicament, il est nécessaire de consulter votre médecin en cas de maladie grave des reins ou du foie.

- Avertir de prendre ce médicament, il est nécessaire de consulter votre médecin en cas de maladie grave des reins ou du foie.

• PRECATIONS DEMPLOI

- Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée en raison du risque de dépendance.

- Généralement douleurs persistantes par rapport au temps normal, demandez alors à votre médecin.

- En cas de douleur persistante, il est nécessaire de consulter votre médecin.

• MISSES EN GARDE SPECIALES

EN CAS DE DOULEUR, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER LAvis DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACEIN.

- Ce médicament NE DOIT généralement pas être utilisé SAUF AVIS CONTRAIRE DE VOTRE MEDECIN en association avec de l'alcool ou des médicaments contenant de l'alcool, ou en cas de ballonnement (ambiguité).

- En association avec des médicaments contenant de la buprénorphine, de la nalbuphine ou de la pentazocine.

- Allaitement (cf. Grossesse et Allaitement). - Enfants de moins de 15 ans.

- Insomnies et réveils nocturnes peuvent survenir.

- Maladie grave du foie.

- Allergie à l'un des composants.

- Généralement une utilisation dans les cas suivants :

- DANS QUEL CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

- ATTENTION : Traitements par le paracétamol ou l'aspirine seul.

- DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

- CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE ANTALGIQUE CENTRAL ET PERIPHERIQUE (N : Système Nerveux Central).

- FORME PHARMACEUTIQUE Gelée, boîte de 18.

- EXPRESSION à effet notable : lacrose.

- Dioxycde de titane (E 171).

- CAFÉINE, siège collatéral anybody, ledose monohydrate.

- EXPONDENTS : siège collatéral anybody, ledose monohydrate.

- PHOSPHATE DE CODIENE HEMIHYDRATE.

- PARACETAMOL

- COMPOSITION QUANTITATIVE ET QUALITATIVE ET CONCENTRATION

- Cé médicament vous a été prescrit pour traiter la douleur à votre pharmacien.

- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute à votre pharmacien.

- Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant



MIGRAINE



PHARMACEIN.

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACtIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, notamment avec la buprénorphine, la nalbuphine, la pentazocine ou l'enoxacine, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACEIN.

• INTERACtIONS MEDICAMENTUEUSES ET AUTRES INTERACtIONS

EN CAS DE DOULEUR NE PAS HESITER A DEMANDER LAVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACEIN.

- Compte tenu de la présence de caféine, ce médicament peut entraîner des insomnies, en conséquence, il convient d'éviter les prises en fin de journée.

- Compte tenu de la présence de caféine, ce médicament peut entraîner des insomnies, en conséquence, il convient d'éviter les prises en fin de journée.

- Avertir de prendre ce médicament, il est nécessaire de consulter votre médecin en cas de maladie grave des reins ou du foie.

- Avertir de prendre ce médicament, il est nécessaire de consulter votre médecin en cas de maladie grave des reins ou du foie.

• PRECAUTIONS D'EMPLOI

- Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée en raison du risque de dépendance.

- Généralement douleurs pourvues de pas être soulagées par ce médicament, demandez alors de votre médecin.

• MISSES EN GARDE SPECIALES

EN CAS DE DOULEUR, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER LAvis DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACEIN.

- Ce médicament NE DOIT généralement pas être utilisé SAUF AVIS CONTRAIRE DE VOTRE MEDECIN en association avec de l'alcool ou des médicaments contenant de l'alcool, ou en cas de ballonnement par l'enoxacine (ambrofologue).

- En association avec des médicaments contenant de l'alcool, de la buprénorphine ou de la pentazocine.

- Allaitement (cf. Grossesse et Allaitement). - Enfants de moins de 15 ans.

- Insomnies récurrentes ou perte de觉力 son importance.

- Maladie grave du foie.

- Allergie à l'un des composants.

- Généralement NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- Traitemennt chez l'adulte des affections dououreuses d'intensité modérée à intense et où ne sont pas soulagées par le paracétamol ou l'aspirine seul.

- DANS QUEL CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

• ATTENTION :

ANTALGIQUE CENTRAL ET PERIPHERIQUE (N : Système Nerveux Central).

- CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

- DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

- Soulageant la douleur des affections dououreuses d'intensité modérée à intense et où ne sont pas

- Gélique, boîte de 18.

• FORME PHARMACEUTIQUE

- Expériment à effet notable : lacrose.

- diroxide de titane (E 171).

- CAFÉINE, EXPONDENTS : siège collatérale anybody, ledose monohydrate.

- PHOSPHATE DE CODIENE HEMIHYDRATE... 20

- PARACETAMOL 400

- COMPOSITION QUANTITATIVE ET QUALITATIVE

- Ce médicament vous a été prescrit personnellement par votre pharmacien.

- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute à votre pharmacien.

- Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant



MIGRAINE

2150
059-2101-109-1270-APP