

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ique :

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.

ntaire :

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.

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

Nº M21- 064998

8298

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Tadil Sid Redouane

Date de naissance :

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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº M21-64998

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 :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture.

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	Coefficient des	
					<input type="text"/>	<input type="text"/>
BROITE	12	21	22	GAUCHE		
HAUT	14	24	25			
16	26	27	28			
17	29	30	31			
18	32	33	34			
19	35	36	37			
20	38	39	40			
21	41	42	43			
22	44	45	46			
23	47	48	49			
BAS	30	31	32			
33	34	35	36			
37	38	39	40			
39	41	42	43			
40	43	44	45			
41	46	47	48			
42	49	50	51			
43	52	53	54			
44	55	56	57			
45	58	59	60			
46	61	62	63			
47	64	65	66			
48	67	68	69			
49	70	71	72			
50	73	74	75			
51	76	77	78			
52	79	80	81			
53	82	83	84			
54	85	86	87			
55	88	89	90			
56	91	92	93			
57	94	95	96			
58	97	98	99			
59	100	101	102			
60	103	104	105			
61	106	107	108			
62	109	110	111			
63	112	113	114			
64	115	116	117			
65	118	119	120			
66	121	122	123			
67	124	125	126			
68	127	128	129			
69	130	131	132			
70	133	134	135			
71	136	137	138			
72	139	140	141			
73	142	143	144			
74	145	146	147			
75	148	149	150			
76	151	152	153			
77	154	155	156			
78	157	158	159			
79	160	161	162			
80	163	164	165			
81	166	167	168			
82	169	170	171			
83	172	173	174			
84	175	176	177			
85	178	179	180			
86	181	182	183			
87	184	185	186			
88	187	188	189			
89	190	191	192			
90	193	194	195			
91	196	197	198			
92	199	200	201			
93	202	203	204			
94	205	206	207			
95	208	209	210			
96	211	212	213			
97	214	215	216			
98	217	218	219			
99	220	221	222			
100	223	224	225			
101	226	227	228			
102	229	230	231			
103	232	233	234			
104	235	236	237			
105	238	239	240			
106	241	242	243			
107	244	245	246			
108	247	248	249			
109	250	251	252			
110	253	254	255			
111	256	257	258			
112	259	260	261			
113	262	263	264			
114	265	266	267			
115	268	269	270			
116	271	272	273			
117	274	275	276			
118	277	278	279			
119	280	281	282			
120	283	284	285			
121	286	287	288			
122	289	290	291			
123	292	293	294			
124	295	296	297			
125	298	299	300			
126	301	302	303			
127	304	305	306			
128	307	308	309			
129	310	311	312			
130	313	314	315			
131	316	317	318			
132	319	320	321			
133	322	323	324			
134	325	326	327			
135	328	329	330			
136	331	332	333			
137	334	335	336			
138	337	338	339			
139	340	341	342			
140	343	344	345			
141	346	347	348			
142	349	350	351			
143	352	353	354			
144	355	356	357			
145	358	359	360			
146	361	362	363			
147	364	365	366			
148	367	368	369			
149	370	371	372			
150	373	374	375			
151	376	377	378			
152	379	380	381			
153	382	383	384			
154	385	386	387			
155	388	389	390			
156	391	392	393			
157	394	395	396			
158	397	398	399			
159	400	401	402			
160	403	404	405			
161	406	407	408			
162	409	410	411			
163	412	413	414			
164	415	416	417			
165	418	419	420			
166	421	422	423			
167	424	425	426			
168	427	428	429			
169	430	431	432			
170	433	434	435			
171	436	437	438			
172	439	440	441			
173	442	443	444			
174	445	446	447			
175	448	449	450			
176	451	452	453			
177	454	455	456			
178	457	458	459			
179	460	461	462			
180	463	464	465			
181	466	467	468			
182	469	470	471			
183	472	473	474			
184	475	476	477			
185	478	479	480			
186	481	482	483			
187	484	485	486			
188	487	488	489			
189	490	491	492			
190	493	494	495			
191	496	497	498			
192	499	500	501			
193	502	503	504			
194	505	506	507			
195	508	509				

Pharmacie de Kebibat

Mohamed Sedrati
Pharmacien

7, Rue Omar Slaou
KEBIBAT - 10000 RABAT

Tél.: 05 37 69 05 07
C.C.P. : 101295
R. C. : 23778

صيدلية القبيبات

محمد السدراتي
صيدلي

زنقة عمر السلاوي
القبيبات - الرباط

الهاتف : 05 37 69 05 07
السجل التجاري : 101295
الحساب البريدي : 23778

FACTURE N°

Rabat, le 16.08.2021 في الرباط، في

Client : مولود بن سليمان

Quantité	Désignation	P. U.	Total
1	Albuterol 100ug cp	14.20	14.20
1	Vitrol 1000 mg. cpr	15.30	15.30
1	Paracetamol 500 mg	22.20	22.20
			51.70

انتهت المدة المسموحة لتناول الدواء 17/8/2021

صيدلية القبيبات
Pharmacie de Kebibat
SEDRATI M Pharmacien
7, rue Slaoui Kebibat - Rabat
Tél. : 0537 69 05 07

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 prégelatinisé, acide stéarique (orig

AH 100
PPY 140H80
PER 02/24
LOT N483



QU'EST-CE QUE DOLIPRANE® 1 CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament contient du paracétamol. Il est utilisé dans les douleurs telles que maux de tête, états grippaux, douleurs articulaires et douleurs 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.

QUELLES SONT LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE 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").

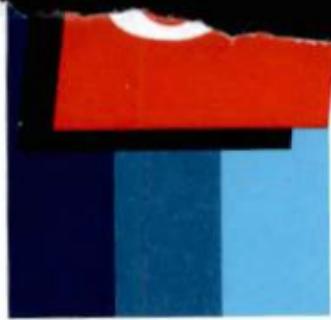
Grossesse et allaitement :

Le Paracétamol, dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant la grossesse ainsi qu'en cas d'allaitement.



أكياس

10



مختبرات الصيدلة فارما⁵
ياسمين لحلو فيلاي صيدلي مسؤول

22,70

