

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

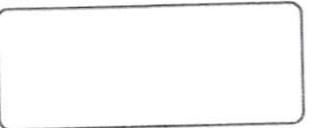
- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

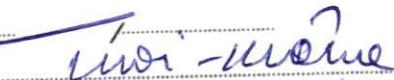
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

82872
 Maladie Dentaire Optique

Matricule :	00626	Société :
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre : Retraité
Nom & Prénom : TADILI LAILA REHATANE		
Date de naissance : 07/03/1944		
Adresse : 17, Rue Al-Sabah - 0211 - Rabat - redaction@redaction.com - 10090		
Tél. : 0661390226		Total des frais engagés : 1230

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 

Nom et prénom du malade : 

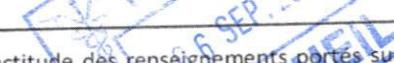
Lien de parenté : Lui-même Conjoint

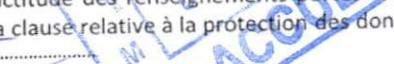
Nature de la maladie : 

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente d'avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 

Signature de l'adhérent(e) : 

Le 02/08/2019



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 de SEDRATI M. sup 1, rue Talifcey de C... INP : 1820353221	19/05/81	47.30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

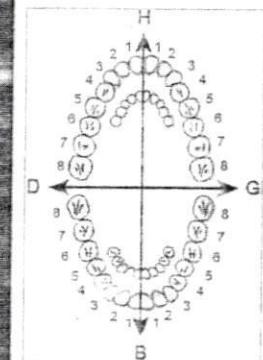
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

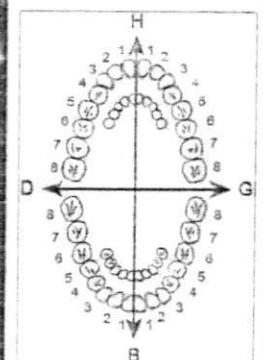
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21423552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN A

Die de Kebibat

Amed Sedrati

harmacien

e Omar Slaoui

T - 10000 RABAT

15 37 69 05 07

P. 101295

3. : 23778

مقدمة القيمة

محمد السدراطي
صيدلي

زنقة عمر إسلامي

القبيات - الرياط

05 37 69 05 07 : الهاتف

السجل التجاري : 101295

الحساب البريدي : 23778

FACTURE N°

Rabat, le 02-08-2021 الرباط، في

Mr TADILI Deobanee

	Désignation	P. U.	Total
1	Desipravore 1000 cps	14.00	14.00
1	VITA C 5000 cps	15.30	15.30
1	Pulmofluide mg. 1000 cps	18.00	18.00

admette à la formation de garantie débâchée 2015 4730

Pharmacie de Kébiba
SÉDRAIM ad pharmacié
7, rue Slaoui Kébiba - Rabat
Tél. 0527 69 05 07

Vita C 1000®

Effervescents

(Acide ascorbique)

1- DENOMINATION DU MEDICAMENT

VITA C 1000®, Comprimés effervescents : Boîtes de 20 et de 10 (Acide ascorbique)

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à une personne ayant des symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable que vous n'avez pas mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

2- COMPOSITION DU MEDICAMENT

P. co

Acide ascorbique (Vit. C)

Excipients : Acide citrique anhydre, Bicarbonate de sodium anhydre, C. Saccharose, Arôme orange polyaromas n° 3, Colorant jaune orangé S (E110).

otre
s de
cette

sodium,
purifiée.

EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

Sodium : 307 mg par comprimé.

Saccharose : 441,5 mg par comprimé.

Colorant jaune orangé S (E110)

3- CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE OU TYPE D'ACTIVITE

Vitamine C

4- INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ce médicament contient de la vitamine C.

Il est indiqué dans les états de fatigue passagers de l'adulte et de l'enfant de plus de 15 ans.

5- POSOLOGIE

RESERVE A L'ADULTE ET A L'ENFANT DE PLUS DE 15 ANS

La posologie est de 1 comprimé par jour.

EN CAS DE DOUTE, DEMANDEZ CONSEIL A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

Mode et voie d'administration

Voie orale.

Le comprimé doit être dissous dans un verre d'eau.

Durée de traitement

La durée de traitement est limitée à 1 mois.

6- CONTRE-INDICATIONS

Ne prenez jamais VITA C 1000® Comprimé effervescent :

- Si vous êtes allergique (hypersensible) à la substance active ou à l'un des autres composants contenus dans VITA C 1000®.

- En cas de calcul rénal.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

7- EFFETS INDESIRABLES

Comme tous les médicaments, VITA C 1000® est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

A fortes doses supérieures à 1 g/jour, possibilité de :

- troubles digestifs (brûlures d'estomac, diarrhées),
- troubles urinaires (gêne à l'émission des urines ou coloration rouge des urines),
- hémolyse (destruction des globules rouges) chez les sujets déficients en glucose 6 phosphate déshydrogénase (manque en un enzyme des globules rouges).

Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si certains effets indésirables deviennent graves, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL

Comprimé

DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé

La substance active est : paracétamol (1111,11 mg), pour un comprimé. Les autres composants sont : maïs prégélatinisé, acide stéarique.

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

Ce médicament contient du paracétamol. Il aide à soulager les douleurs et la fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, règles douloureuses. Il peut également être prescrit pour 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 PARTICULIERES 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: 11/23

LOT: J3032

