

# 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.

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0006304

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : A.B.D.E.L.J.AZZI ENOUSSI

Date de naissance : LISSATIA 20 EL KOUZAMA EL NGF

Adresse :

Tél. : 07 11194969 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

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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) :



### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE L'EXTENSION Extension - CASABLANCA Réf 05-22 93 48 40</i>	13/09/22	83 100

### ANALYSES - RADIographies

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVE 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													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
<b>ODF PROTHESES DENTAIRES</b>				MONTANTS DES SOINS												
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>35533411</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>					H	21433552	25533412	00000000	00000000	00000000	D	35533411	00000000	11433553	B	
H	21433552															
25533412	00000000															
00000000	00000000															
D	35533411															
00000000	11433553															
B																
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>35533411</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>					H	21433552	25533412	00000000	00000000	00000000	D	35533411	00000000	11433553	B	
H	21433552															
25533412	00000000															
00000000	00000000															
D	35533411															
00000000	11433553															
B																
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
				DEBUT D'EXECUTION												
<b>DATE DE L'EXECUTION</b>				FIN D'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



DR HICHAM REDOUANE

## PHARMACIE L'EXTENSION

lotissement operation lissasfa 129 E

R.C :286586 casa

Patente:36210460

T.V.A :

C.N.S.S:6412663

Tél :0522 93 48 40

Le 19/09/2022

## FACTURE N°372593

N° ICE : 000490700000039

N° IF : 50821330

ALOUARDI AICHA

2

ICE N° :

Qté	Désignation	PPH Unitaire	% Remise	PPH NET Remisé	Total BRUT	Total REMISE	Total NET TTC	Dont TVA	% Taux
1	DOLIPRANE 1G CP	14,00	0,00	14,00	14,00		14,00	0,92	7,00
1	FENOLAX 30GELU	69,00	0,00	69,00	69,00		69,00	11,50	20,00

PHARMACIE L'EXTENSION  
124 Rue Elissasfa  
Extension CASABLANCA  
Tel: 0522 93 48 40

BRUT TTC	83,00	- Remise	0,00	= NET TTC	83,00
----------	-------	----------	------	-----------	-------

Nombre d'Articles : 2

TVA 7% Base :

13,14

Montant :

0,92

TVA 20% Base :

57,50

Montant

11,50

Arrêté la présente facture à la somme de :

Quatre-vingt Trois dirhams.

# Fenolax

## Charbon végétal activé Fenouil - Carvi

Synergie d'action - Soulagement rapide

### PROPRIÉTÉS :

**FENOLAX**, grâce au charbon activé, élimine les gaz intestinaux, favorise un meilleur transit intestinal, diminue la sensation de ballonnement et lutte contre la constipation.

**CARVI** : antispasmodique et carminatif.

**FENOUIL** : facilite la digestion, favorise un

### INDICATIONS :

Fenolax est donc recommandé pour :

- Confort digestif
- Faciliter le transit
- Soulager les lourdeurs digestives

Poids net : .

L 2196  
P : 05/22  
69.00 DH

### COMPOSITION (en mg par gélule)

Ingrédient	
Charbon actif	
Poudre de Carvi	
Poudre de Fenouil	
Carbonate de magnésium	
Dioxyde de silicium	

Gélules en gélatine bovine halal

### POSOLOGIE ET VOIE D'ADMINISTRATION :

Adultes : 2 gélules 2 fois par jour

Enfant : 1 à 2 gélules par jour à prendre après les repas avec un grand verre d'eau.

### CONDITIONS DE STOCKAGE :

A l'abri de l'humidité, dans un endroit ne dépassant pas la température moyenne de 25°C.

### PRÉSENTATION :

Pilulier de 30 gélules

Poids net : 12.60 gr

Complément alimentaire n'est pas médicament

# Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL

Comprimé

## DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé :

La substance active est : paracétamol 1000 mg, sous forme de paracétamol DC 90 (111,11 mg), pour un comprimé.

Les autres composants sont : croscarmellose sodique, providone K30, amidon de maïs prégalatinisé, acide stéarique (origine végétale).

## QU'EST-CE QUE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament contient du paracétamol. Il est indiqué en cas de douleur et/ou fièvre telles que maux de tête, étais 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 part la rubrique "Posologie".)

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

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

## QUELLES SONT LES INFORMATIONS PRENDRE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ?

Contre-indications : Ne pas prendre DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé connue au paracétamol, maladie grave du

## PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES :

Précautions Particularités : Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus insuffisante ou de survenue de tout autre signe, ne pas prendre sans l'avis de votre médecin.

En cas de maladie grave du foie ou des reins, il est recommandé 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.

