

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W21-728157

Pay today

26/08

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	AHU 2	Société :	RAD 1357599
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BAN/BOUR TOUFTYAH			
Date de naissance : 24/10/49			
Adresse : 163 KSAW AGNEZ DASS RA 1 Ben Akkach			
Tél. : 06653575 59474633	Total des frais engagés : 135,90 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 : *Maroc*

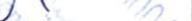
Signature de l'adhérent(e) : *Jout*

Le : *26/08/2021*

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
	26/9/22	135,90

A photograph of a rectangular blue ink stamp. The stamp contains the word "CENTRAL" at the top, followed by "PHARMACEUTICALS" in a larger font, and "160646200001" at the bottom. A handwritten signature, appearing to be "J.A.", is written across the center of the stamp.

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
		AM	PC	IM	IV	
.....					
.....					
.....					
.....					

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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PH. CENTRALE GUELIZ

HAIZOUN TARIK

166.AV.MOHAMED V

MARRAKECH

Taxe Profes. N°: 45101632

N° R.C. : 69801

N° ID.F. : 15271278

N° CNSS: 1536294

Tel : 0524430158

Fax :

PHARMACIE CENTRALE
ICE 001606462000046

BANQOUR TOURIYA

I.C.E. :

N° ICE 001606462000046

FACTURE N°:

5728/22

Qté	Désignation	Prix	Montant
2	DOLIPRANE 500/20CP SEC	10.30	20.60
1	VITAMINE C1000 S.SUCRE 10 C	15.30	15.30
1	KETUM GEL TUBE DOSEUR/10	100.00	100.00

TVA 7%: 8.89

Total : 135,90

LOT: 7022A
PER: JUN 2020
PPV: 100 DH 00

Vita C 1000®

PPV 150H30
EXP 01/2024
LOT 00051 10

Arrêtez la présente Facture à la Somme de :

CENT TRENTÉ CINQ DIRHAMS ET QUATRE-VINGT DIX CTS

PAYE EN ESPECES

Doliprane® 500 mg

PARACÉTAMOL

comprimé

COMPOSÉ

- Paracétamol
- Excipient

Boîte de 2

PPV: 10DH30

PER: 11/22

LOT: I2596

500 mg

PROPRIÉTÉS

Ce médicament contient du paracetamol.
Il est antipyretique et analgésique.

cas de fièvre.



INDICATIONS

Ce médicament contient du paracetamol.

Il est indiqué dans les maladies avec douleur et/ou fièvre, telle que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses, chez l'adulte et l'enfant à partir de 27kg : (environ 8 ans).

CONTRE-INDICATIONS :

Ne pas utiliser en cas :

- d'allergie connue au paracétamol,
- maladie grave du foie.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

- Il existe des dosages plus adaptés pour l'enfant de moins de 27 kg : (moins de 8 ans environ).

- Compte-tenu des posologies recommandées, il est inutile d'alterner la prise d'aspirine et de paracetamol.

Avant de prendre du paracétamol, il est nécessaire de consulter votre médecin en cas de maladie grave des reins ou du foie.

- Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou si elles s'aggravent, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

Ce médicament contient du paracétamol, d'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT :

Doliprane® 500 mg comprimé peut être utilisé pendant la grossesse et l'allaitement.



Doliprane® 500 mg

PARACETAMOL

comprimé

COMPOSITION ET PRÉSENTATION :

- Paracétamol.....
 - Excipients : qsp 1 comprimé
- Boîte de 20 comprimés.

PROPRIÉTÉS :

Ce médicament est un **antalgique**. Il calme la douleur.
Il est **antipyrrétique**. Il fait baisser la température.

INDICATIONS :

Ce médicament contient du paracétamol.
Il est indiqué dans les maladies avec douleurs de la tête, états grippaux, douleurs dentaires, cou et dos chez l'adulte et l'enfant à partir de 27 kg : (équivalent à 2 comprimés).

CONTRE-INDICATIONS :

Ne pas utiliser en cas :

- d'allergie connue au paracétamol
- maladie grave du foie.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

- Il existe des dosages plus adaptés pour l'enfant de moins de 27 kg : (moins de 8 ans environ).
- Compte-tenu des posologies recommandées, il est inutile d'alterner la prise d'aspirine et de paracétamol.

Avant de prendre du paracétamol, il est nécessaire de consulter votre médecin en cas de maladie grave des reins ou du foie.

- Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou si elles s'aggravent. Ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

INTERACTIONS MÉDAMENTEUSES ET AUTRES

AFIN D'ÉVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTÉMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MÉDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

Ce médicament contient du paracétamol, d'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée.

