

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.

payé pour moi

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 284

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENDAOUI ABDELMALEK

Date de naissance : 13/10/1942

Adresse : LOT B8 Secteur 7 Hay Riad

Tél. :

Total des frais engagés :

-45,90 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

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 : Rabat

Le : 08/06/2013

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-710538

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 : 284

Nom de l'adhérent(e) : BENDAOUI

Total des frais engagés : 45,90

Date de dépôt : 10/06/2013

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 : [] |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Laboratoire | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE BENI SNAÏSE Mehdi Benbakk RABAT Tél.: 05 37 45 76 72 INPE : 102045096 | 8/6/2023 | 45,90 D |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particier | 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.

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 | INP : [] |
|--|----------------|------------------|-------------|-----------------------------|
| [Diagramme d'ODF pour les dents supérieures] | | | | CoeffICIENT DES TRAVAUX [] |
| [Diagramme d'ODF pour les dents inférieures] | | | | MONTANTS DES SOINS [] |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION [] |
| | | | | FIN D'EXECUTION [] |
| | | | | CoeffICIENT DES TRAVAUX [] |
| | | | | MONTANTS DES SOINS [] |
| | | | | DATE DU DEVIS [] |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION [] |

ODF PROTHESES DENTAIRES

[Diagramme d'ODF pour les dents supérieures]

[Diagramme d'ODF pour les dents inférieures]

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| | 00000000 | 00000000 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| | 35533411 | 11433553 |
| G | | |
| B | | |

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE BENI SNASSEN

Facture N°24136

Edité, le 08/06/2023

Client: MR BENDOURO ABDEMALEK

| Quantité | Désignation | P.P.V | Total PPV |
|-----------|----------------------------|-------|-----------|
| 3 | DOLIPRANE 500MG/16 GELULES | 15.30 | 45.90 |
| Total PPV | | | 45.90 |

Arrêtée la présente Facture à la somme de :
QUARANTE CINQ DIRHAMS, QUATRE-VINGT DIX CTS.

PHARMACIE
BENI SNASSEN
Av. Mehdi Benberka (Face INEJ)
Souissi - RABAT
Tél.: 05 37 75 76 72
INPE : 102015096

Doliprane®

PARACÉTAMOL

COMPOSITION

Paracétamol

Excipients : amidon de riz, palmitostéarate de c.

Enveloppe de la gélule : gélatine, dioxyde d'

Bleu patenté V.

FORME PHARMACEUTIQUE

Gélule - boîte de 16.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE ET ANTIPYRETIQUE (N. Syst)

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament contient du paracétamol. Il est fièvre, telles que maux de tête, états grippaux douloureuses, chez l'adulte et l'enfant à partir.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISÉ

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

*EN CAS DE DOUBTE, IL EST INDISPENSABLE
DE CONSULTER VOTRE PHARMACIEN.*

MISES EN GARDE SPECIALES

En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une part, ne pas hésiter à demander l'avis d'un médecin.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

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

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

- 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.

- Signalez la prise de ce médicament, en cas de prescription de dosages du taux d'acide urique ou de sucre dans le sang.

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

EN CAS DE DOUBTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

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 (cf. chapitre posologie).

Dol
Paracétamol

16 Gélules

PPV : 15DH30

PER : 02/26

LOT : M700



Doliprane®

PARACÉTAMOL

COMPOSITION

Paracétamol

Excipients : amidon de riz, palmitostéarate de c

Enveloppe de la gélule : gélatine, dioxyde d

Bleu patenté V.

FORME PHARMACEUTIQUE

Gélule - boîte de 16.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE ET ANTIPYRETIQUE (N. Syst)

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament contient du paracétamol. Il est contre la fièvre, telles que maux de tête, états grippaux et dououreuses, chez l'adulte et l'enfant à partir de 6 ans.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE

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

EN CAS DE DOUCE, IL EST INDISPENSABLE DE CONSULTER VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPECIALES

En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une dose trop importante, consulter immédiatement un médecin.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

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

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

- 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.

- Signalez la prise de ce médicament, en cas de prescription de dosages du taux d'acide urique ou de sucre dans le sang.

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

EN CAS DE DOUCE, NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

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 (cf. chapitre posologie).

Dol
Paracétamol

16 Gélules

PPV : 15DH30

PER : 02 / 26

LOT : M700



Doliprane®

PARACÉTAMOL

COMPOSITION

Paracétamol

Excipients : amidon de riz, palmitostéarate de c.

Enveloppe de la gélule : gélatine, dioxyde d'

Bleu patenté V.

FORME PHARMACEUTIQUE

Gélule - boîte de 16.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE ET ANTIPYRETIQUE (N. Syst)

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament contient du paracétamol. Il est fièvre, telles que maux de tête, états grippaux douloureuses, chez l'adulte et l'enfant à partir.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISÉ

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

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE CONSULTER VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPECIALES

En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une part, ne pas hésiter à demander conseil à un médecin.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

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

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

- 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.

- Signalez la prise de ce médicament, en cas de prescription de dosages du taux d'acide urique ou de sucre dans le sang.

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

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

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 (cf. chapitre posologie).

Doli
Paracétamol

16 Gélules

PPV : 15DH30

PER : 02 / 26

LOT : M700

