

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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.

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



## Declaration de Maladie

N° W21-710542

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 284 Société : 168455

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENDOURO ABDELMALEK

Date de naissance : 19/02/42

Adresse : LOT B8 Secteur 7 HAY RIAD RABAT

Tél. : Total des frais engagés : 49,60 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 : Rabat

Le : 22/05/23

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-710542

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) : A. BENDOURO

Total des frais engagés : 49,60

Date de dépôt : 10/7/23



<b>RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES</b>				
<b>Dates des Actes</b>	<b>Natures des Actes</b>	<b>Nombre et Coefficient</b>	<b>Montant détaillé des Honoraires</b>	<b>Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes</b>
				INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

[illegible][illegible][illegible]

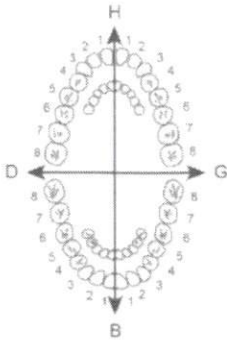
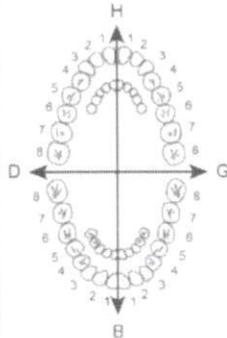
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	0000000	0000000	D	G	0000000	0000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	0000000	0000000																
	D	G																
	0000000	0000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																	
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# PHARMACIE BENI SNASSEN

Facture N°24136

Edité, le 22/05/2023

Client: MR BENDOURO ABDELMALEK

Quantité	Désignation	P.P.V	Total PPV
1	DOLIGRIPPE SACHETS/8	20.00	20.00
1	RHINOFEBRAL/20 GELULES	14.30	14.30
1	DOLIPRANE 500MG/16 GELULES	15.30	15.30
		Total PPV	49.60

Arrêtée la présente Facture   la somme de :  
QUARANTE NEUF DIRHAMS, SOIXANTE CTS.

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





# Doliprane® 500 mg, GELULE

PARACETAMOL

## COMPOSITION

Paracétamol

Excipients : amidon de riz, palmitostéarate

Enveloppe de la gélule : gélatine, dioxyde de titane, Bleu patenté V.

## FORME PHARMACEUTIQUE

Gélule - boîte de 16.

## CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE ET ANTIPYRETIQUE (1)

## DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament contient du paracétamol. Il est indiqué pour le traitement de la fièvre, telles que maux de tête, états généraux douloureux, chez l'adulte et l'enfant.

## DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE EN CAS DE :

- 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, consultez immédiatement un médecin.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Il existe des dosages plus adaptés pour les enfants (à partir de 6 ans).

Demander conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

- Compte-tenu des posologies recommandées, ne pas associer ce médicament à la prise de morphine 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'EVENUELLES 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).



PPV: 20DH00  
PER: 03/26  
LOT: M1080

8 أكياس - حبيبات  
لتحضير محلول للشرب

نزلات البرد  
زكام  
إلتهاب الأنف

إلتهاب الأنف والحنجرة



للكبار

25/200/500 ملغ



# دولي حريب®

باراسيتامول - فيتامين س - مليات الفينيرامين

**Composition du médicament**  
• Composition qualitative et quantitative  
Paracétamol  
Acide Ascorbique (Vitamine C)  
Malate de Phéniramine  
• Composition qualitative en excipients  
Mannitol, acide citrique anhydre, povidone  
Composition de l'organe: Substances actives  
E414, Acide Ascorbique E300, Traces  
Excipients à effet notoire  
Asparagme, Rouge Cochenille A (E124)  
Classe pharmacologique: Rhume en association  
Dolipr, granules pour solution buvable  
Dolipr, granules pour solution buvable  
Une action antalgique et antipyrétique par compensation en acide ascorbique  
Indications thérapeutiques  
Le médicament est indiqué dans le traitement de l'adulte et l'enfant de plus de 15 ans de l'écoulement nasal clair et des larmes  
• Des étourdissements,  
• Des maux de tête et/ou fièvre.  
Posologie  
Réserve à l'adulte et l'enfant de plus de 15 ans  
• Mode d'administration:  
Les sachets doivent être pris avec une grande quantité d'eau.  
Voie orale.  
Au cours des états grippaux, il est préférable de prendre:  
• Durée du traitement:  
La durée maximale du traitement est de 5 jours.  
En cas d'insuffisance rénale, (clairance créatinine):  
• Contre-indications  
Ne prenez jamais Dolipr, granules  
• Enfants de moins de 15 ans,  
• En cas d'antécédent d'allergie aux composants du produit,  
• En cas de céphalées graves (augmentation de la pression dans l'œil),  
• En cas de difficultés à uriner d'origine prostatique ou autre,  
• En cas de maladie grave du foie en raison de la présence de paracétamol,  
• En cas de phénylcétonurie (maladie héréditaire décelée à la naissance), en raison de la présence d'asparagme.  
Vous ne devez généralement pas utiliser ce médicament, sauf avis contraire de votre médecin pendant la grossesse et l'allaitement.  
EN CAS DE DOULEUR, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.  
Effets indésirables