

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.

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

N° W21-710542

My Power

Optique

Autres

168455

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *-284-*

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *BENDOURO ABDELMALEK*

Date de naissance :

19/08/42

Adresse :

LOT-B 8 Secteur 7 Hay Riad RABAT

Tél. :

Total des frais engagés :

49,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

[Signature]

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) :

[Signature]

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) *Abdelmalek BENDOURO*

Total des frais engagés : *49,60*

Date de dépôt : *10/7/23*

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/5/2023	149,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé 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.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE BENI SNASSEN

Facture N°24136

Édité, 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 à la somme de :
QUARANTE NEUF DIRHAMS, SOIXANTE CTS.

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



Doliprane® 500 mg, GELULE

PARACETAMOL

COMPOSITION

Paracétamol
Excipients : amidon de riz, palmitostéara
Enveloppe de la gélule : gélatine, dio:
Bleu patenté V.

FORME PHARMACEUTIQUE

Gélule - boîte de 16

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE ANTALGIQUE ET ANTIPIRÉTIQUE (I)

DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?
Ce médicament contient du paracétamol. Il est indiqué pour la fièvre, telles que maux de tête, états généraux et douleurs, chez l'adulte et l'enfant.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER

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

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

MISES EN GARDE SPECIALES

En cas de surdosage ou de prise par un enfant, appeler immédiatement un médecin.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

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).



