

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0014367

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HENRI

Date de naissance : 1948

Adresse : Idem

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

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 :

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) :

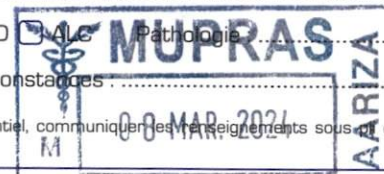
Adresses Mails utiles

- ☐ 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



RELEVÉ 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

13/12/24

37,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des
Coefficients

Montant
des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature
du Praticien

Date des
Soins

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé
des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

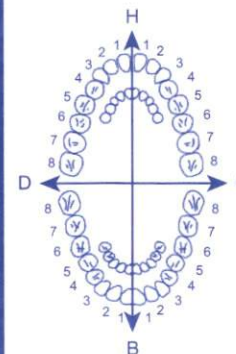
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

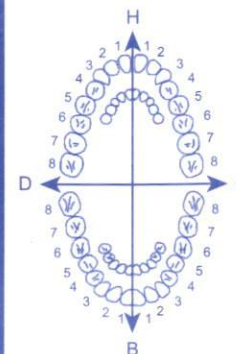
FIN
D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE NOUVELLE CASA SARLAU
BOUZOUBAA KARIM
16. BD DE LA LIBERTÉ.

Tél : 0522314717

07/03/2024

BENCHEQROUN HOURIA

FACTURE N° : 11252 du 07/03/2024

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	DOLIPRANE 1000 MG 10 CPS	14,00	14,00	0%
1	NODOLFENE 200MG 30CPS	23,50	23,50	7%

Total TTC 37,50

Arrêtée la présente Facture à la somme de :
TRENTÉ SEPT DIRHAMS ET CINQUANTE CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
0%Ar92	0,00	14,00	0,00	14,00
7.00%	7,00	21,96	1,54	23,50
		35,96	1,54	37,50

PHARMACIE NOUVELLE
K. BOUZOUBAA
CASABLANCA
16, Bd de la Liberté
Tél : 05 22 31 47 17

R.C : 375645

I.C.E : 001854324000093

Patente : 34254289

CNSS : 1515941

I.F : 20775966

No-Dol[®]fen 200mg

Ibuprofène

Comprimé pelliculé

SANOFI

Veillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes pour votre traitement.

Si vous avez des doutes, consultez votre médecin ou à votre pharmacien.

Vous n'avez pas besoin de prescription pour acheter ce médicament.

Plus d'informations et de conseils à votre pharmacien.

Si les effets s'aggravent ou persistent, consultez votre médecin.

Surveillez les effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un effet mentionné comme étant grave, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE NO-DOL FEN 200mg ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE NO-DOL FEN 200mg ?
3. COMMENT PRENDRE NO-DOL FEN 200mg ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER NO-DOL FEN 200mg ?
6. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

1. QU'EST-CE QUE NO-DOL FEN 200mg ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmaco-thérapeutique

Ce médicament contient un anti-inflammatoire non stéroïdien : l'ibuprofène

Indications thérapeutiques

Il est indiqué, chez l'adulte et l'enfant de plus de 40 kg (soit environ 12 ans), dans le traitement de courte durée de la fièvre et/ou des douleurs telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures et règles douloureuses.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE NO-DOL FEN 200mg ?

Contre-indications

N'utilisez jamais NO-DOL FEN 200mg dans les cas suivants :

- au delà de 5 mois de grossesse révolus (24 semaines d'aménorrhée),
- antécédent d'allergie ou d'asthme déclenché par la prise de ce médicament ou d'un médicament apparenté, notamment autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, aspirine,
- antécédent d'allergie aux autres constituants du comprimé,
- ulcère de l'estomac ou du duodénum en évolution,
- maladie grave du foie,
- maladie grave des reins,
- maladie grave du cœur,
- lupus érythémateux disséminé.

Précautions d'emploi ; mises en garde spéciales

Faites attention avec NO-DOL FEN 200mg :

A forte dose, supérieure à 1200 mg/jour, ce médicament possède des propriétés anti-inflammatoires et peut provoquer des inconvénients parfois graves qui sont ceux observés avec les médicaments anti-inflammatoires. AVANT D'UTILISER CE MÉDICAMENT, CONSULTER VOTRE MÉDECIN, EN CAS :

- d'antécédent d'asthme associé à une rhinite chronique, une sinusite chronique ou des polypes dans le nez. L'administration de cette spécialité peut entraîner une crise d'asthme, notamment chez certains sujets allergiques à l'aspirine ou à un anti-inflammatoire non stéroïdien (voir N'utilisez jamais NO-DOL FEN 200mg dans les cas suivants).
- de traitement anticoagulant concomitant. Ce médicament peut entraîner des manifestations gastro-intestinales graves.
- d'antécédents digestifs (hernie hiatale, hémorragie digestive, ulcère de l'estomac ou du duodénum anciens).
- de maladie du cœur, du foie ou du rein.
- de varicelle. Ce médicament est déconseillé en raison d'exceptionnelles infections graves de la peau.
- d'intolérance au fructose, syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou déficit en sucrose-isomaltase (maladies métaboliques rares).

AU COURS DU TRAITEMENT, EN CAS :

- de troubles de la vue, PREVEZ VOTRE MÉDECIN,
- d'hémorragie gastro-intestinale (rejet de sang par la bouche, présence de sang dans les selles ou coloration des selles en noir), ARRETEZ LE TRAITEMENT ET CONTACTEZ IMMÉDIATEMENT UN MÉDECIN OU UN SERVICE MÉDICAL D'URGENCE.
- de signes évocateurs d'allergie à ce médicament, notamment crise d'asthme, gêne respiratoire ou brusque gonflement du visage et du cou (voir Quels sont les effets indésirables éventuels ?), ARRETEZ LE TRAITEMENT ET CONTACTEZ IMMÉDIATEMENT UN MÉDECIN OU UN SERVICE

Doliprane® 1000 mg

Comprimé

PPV: 14DH00

PER: 10/25

LOT: L3610



sous forme de paracétamol DC 90

odique, providone K30, amidon de
(stale).

ng, COMPRIMÉ ET DANS QUEL

Ce médicament est indiqué en cas de douleur et/ou fièvre
telles que : 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 partir de 15 ans) :

Lire attentivement la rubrique "Posologie".

Pour les enfants de moins de 15 ans, il existe d'autres présentations de paracétamol.
Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

QUELLES SONT LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE PRENDRE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ?

Contre-indications :

Ne pas prendre DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé dans les cas suivants :

allergie connue au paracétamol, maladie grave du foie, enfant de moins de 15 ans.

PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ :

Précautions Particulières :

Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou en cas d'efficacité
insuffisante ou de survenue de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans
l'avis de votre médecin.

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

