

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

M23-0027035

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 13-16 Société : R 19.8546

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TOUFAH SMAIL

Date de naissance :

Adresse :

444 EL HASSANI

Tél. 06.61.51.73.53

Total des frais engagés : 55,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /	Age:
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Copain <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	
Affection longue durée ou chronique <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> 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 : El Jadida

Le : 12/02/2011

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie HIND Lev. Munir El BLOU N°516 Bis - 101 Hassan Casa - Tel: 0522 814 457</i>	<i>9.02.24</i>	<i>115.80</i>

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

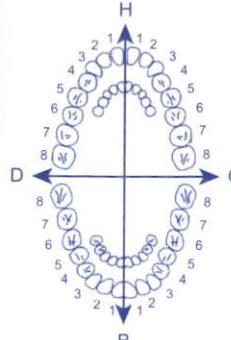
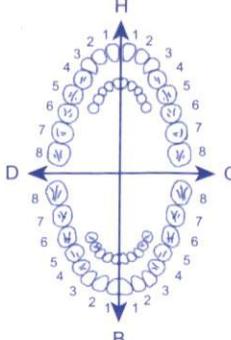
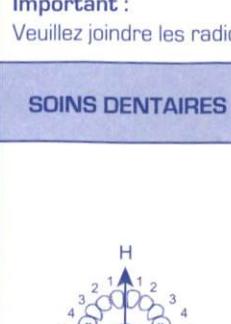
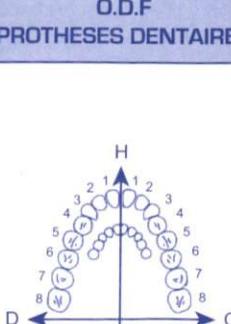
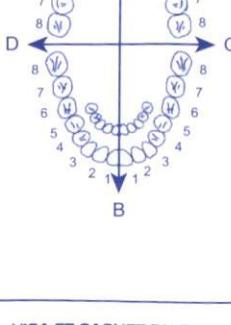
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

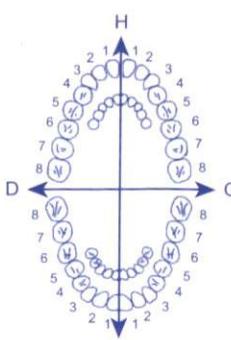
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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



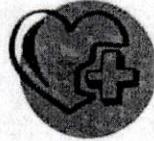
[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

pharmacie hind



Facturé à

TOUFAHS NAIL

516 bis bloc 11 lot municipal hay hassani casablanca

Facture n°

Date

09.02.24

	Désignation	Montant HT
	Hepanol P.O	41.80
	Skyline 15	14.00
		55.80

Pharmacie HIND
Lot. Municipal bloc 11
N°516 bis Hay Hassani
Casa - Tel: 0522 914 457

INPE:
092031483

Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL

Comprimé

DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé :

La substance active est : paracétamol 1000 mg, sous forme de paracétamol DC 90 (1111,11 mg), pour un comprimé.

Les autres composants sont : croscarmellose sodique, povidone K30, amidon de maïs prégélatinisé, acide stéarique (origine végétale).

QU'EST-CE QUE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ?

Ce médicament contient du paracétamol. Il est indiqué en cas de douleur et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, 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 si vous avez une allergie connue au paracétamol.

PRENDRE DES P

1000 mg, COMPRIMÉ

Précautions Particulières :

Si la douleur persiste ou si l'efficacité insuffisante, arrêter le traitement sans l'aviser d'un professionnel de santé.

En cas de maladie grave, consulter votre médecin avant de prendre ce médicament.

Mises en garde :

En cas de surdosage, consulter immédiatement votre médecin.

Ce médicament ne doit pas contenir de paracétamol. Ne le prendre pas quotidiennement recommandé.

Grossesse et allaitement :

Le Paracétamol, dans les doses recommandées, n'a pas d'effets néfastes sur la grossesse ainsi qu'en cours d'allaitement.

français
20
Lot n°
A consommer de
préférence avant fin :
Lot : 41.80
Per : 09-2025



6



rimé dans les cas suivants : foie, enfant de moins de 15 ans.

INFORMATIONS PRATIQUES AVEC DOLIPRANE®

ne plus de 3 jours ou en cas d'autre signe, ne pas continuer le

t nécessaire de consulter votre

e dose

D'autre part, ne pas prendre plus de

ation,

LOT : M3395
PER : 10/26
PPI : 140H00

