

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.

M23-0023119

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 11042 Société : R.A.M.
 Actif Pensionné(e) Autre : 198636
 Nom & Prénom : KHLAFA MOHAMED
 Date de naissance : 18.08.1971
 Adresse : 14, Rue TERMISSI ANGAROU TAOUR
MAP RSG
 Tél. : 0664 71 5445 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 05.03.2024
 Nom et prénom du malade : KHLAFA Age : 53
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Parent Enfant
 Nature de la maladie : Affection
 Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : CR 2024
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Maladie
 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 : CASABLANCA

Le 05.03.2024

Signature de l'adhérent(e) : M. KHLAFA



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cacher et signaturer du Médecin traitant le Patient
5/3/24	5		2	Dr KHALID YOUSSEF Spécialiste ORL - Béjaia Clinique ORL 158, Bd. Gharbi - Béjaia Tél: 0522 99 42 41 - Fax: 0522 98 12 24

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 38, Rue Abou Abdi, El Azfi Mârif Casablanca Tel: 0522 99 07 10 - GSM: 0622 92 10 70 Fax: 00168816500012	05-03- 2024	17,50

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
		A M	P C	I M	I V	

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	CŒFFICIENT DES TRAVAUX											
MONTANTS DES SOINS													
DEBUT D'EXECUTION													
FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	B	00000000 35533411	00000000 11433553	B		CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
		H	G										
		25533412 00000000	21433552 00000000										
		D	B										
		00000000 35533411	00000000 11433553										
		B											
MONTANTS DES SOINS													
DATE DU DEVIS													
DATE DE L'EXECUTION													

مصحة بوسجور

CLINIQUE O.R.L. MAXILLO-FACIALE ET ESTHÉTIQUE BEAUSEJOUR

Dr F. MEKOUAR

O.R.L.

Dr B. MOKRIM

Prof agrégé en O.R.L.

Dr K. YOUSSEFI

O.R.L.

Immuno-allergologie

le 05/03/24

KHILAFA Askam

17,50

① Doh - prothétique



15 17,50

DR. Khalid YOUSSEFI
Spécialiste en ORL
Clinique ORL Beauséjour
198, Bd. Ghandi
Tél: 0522 99 42 41 - Fax: 0522 99 42 40

PHARMACIE LA BRISE
Bd. EL AÏSSI Nariiss
18, Rue Abou ABD El Azfi Maârif Casablanca
Tél: 0522 99 07 10 - GSM: 0622 92 10 70
ICE: 001688155000012

Doli® PEDIATRIQUE PARACETAMOL

SOLUTE BUVABLE A 3

COMPOSITION

Paracétamol 3 g

Excipients : macrogol 6000, solution de parahydroxybenzoate de méthyle sodé arôme caramel vanille, eau purifiée q.s.p.

FORME PHARMACEUTIQUE

Soluté buvable, flacon de 90 ml.

CLASSE PHARMACO-THÉRAPEUTIQUE

Antalgique, antipyrrétique.

DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MÉDICAMENT?

Ce médicament contient du paracétamol, telles que maux de tête, états grippaux,

Cette présentation est réservée à l'enfant (0

ans); lire attentivement la rubrique «Posologie». Pour l'enfant ayant un poids différent, il existe d'autres présentations de paracétamol : demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

ATTENTION!

DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT?

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants :

- Allergie connue au paracétamol ou à l'un des autres constituants,
- Maladie grave du foie.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPÉCIALES

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).

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

- 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.

- En cas de diabète ou de régime pauvre en sucre, tenir compte dans la ration journalière de la présence de sucre : 0,167 g de sucre par graduation de 1 kg figurant sur le système doseur.

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

INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

Signalez que votre enfant prend ce médicament si votre médecin prescrit un dosage du taux d'acide urique ou de sucre dans le sang.

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MÉDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

LISTE DES EXCIPIENTS DONT LA CONNAISSANCE EST NÉCESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS

Sucre (saccharose : 0,167 g de sucre par graduation de 1 kg figurant sur la seringue par administration orale).

Doli®
Pédiatrique
Paracétamol

PPV 17DH50
PER 04/26
LOT M1414

