

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.
- Les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ME25

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : YASSIR KAMAL

Date de naissance : 21/07/1971

Adresse : lot Yassir, n° 2, 1000 93 MUPRAS

Tél. : 0668914028

Total des frais engagés : 63,00 Dhs

Autorisation CNOP N° : 447/42/20-10-2023

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/03/2024

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 : Qasra

Signature de l'adhérent(e) : Qasra

Le : 13/03/2024



VOLET ADHERENT

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
PHARMACIE ANISSA 312 LAZREG FEZ MOROCCO 0524 34 94	06/03/2012	63,-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

ADHERENT

BELLEVE 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX												
					<input type="text"/>												
					<input type="text"/>												
					<input type="text"/>												
					<input type="text"/>												
					<input type="text"/>												
					<input type="text"/>												
					<input type="text"/>												
					<input type="text"/>												
					<input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			<input type="text"/> ibutables
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
B	35533411	11433553															
G																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		Montant des Honoraires	MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/> de r												
				<input type="text"/>	<input type="text"/>												
				<input type="text"/>	<input type="text"/>												
				<input type="text"/>	<input type="text"/>												
				<input type="text"/>	<input type="text"/>												
				<input type="text"/>	<input type="text"/>												
				<input type="text"/>	<input type="text"/>												
				<input type="text"/>	<input type="text"/>												
				<input type="text"/>	<input type="text"/>												
				<input type="text"/>	<input type="text"/>												
				<input type="text"/>	<input type="text"/>												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

** PHARMACIE ANISSA **
DR MAHMOUD FARKHOJAT
312.I.LOTISSEMENT ZEOUBIR
CASABLANCA

Tél :

06/03/2024

KAMAL YASSIR

FACTURE N° : 4043 du 06/03/2024

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	DOLIPRANE 1G CP	14,00	14,00	0%
1	DOCIVOX SIROP 125ML	49,00	49,00	20%
Total TTC				63,00
Droits de Timbre				0,00
Net à Payer				63,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :
SOIXANTE TROIS DIRHAMS

	TAUX	HT	TVA	TTC
0%Ar91	0,00	14,00	0,00	14,00
20.00%	20,00	40,83	8,17	49,00
		54,83	8,17	63,00



Un léger dépôt, dû aux caractères naturels des plantes peut se produire mais ne nuit en rien à la qualité du produit.



Laboratoires Deva Pharmaceutique
J.O.U.A.DI Pharmacien Responsable
148-147, Zone Industrielle Tif-Mall - Casablanca

125 ml

9
12.20

X
eur

Deva
Pharmaceutique

Mélèze), d'huile essentielle toux et renforce les défenses

LOT : 240051
DLUO : 02/2027
49,00 DH

Docivox sirop naturel est administré par voie orale.

Bien agiter le flacon avant chaque emploi.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

- Déconseillé aux personnes allergiques aux produits de la ruche ou à l'un des constituants
- Déconseillé chez la femme enceinte, allaitante et nourrisson.
- Le produit peut présenter un léger dépôt, des changements de couleur ou de goût qui sont attribués aux caractères naturels des plantes; toutefois la qualité et l'efficacité du produit ne sont pas altérées.
- Après ouverture, à conserver au frais et à consommer dans un délai de 4 semaines.
- Tenir hors de la portée des enfants.

COMPOSITION :

Sirop de fructose; Arôme naturel de miel; Maltodextrine; Eau purifiée; Extrait de Propolis; Extrait aqueux de plantes obtenu à partir de feuille de Thym (Thymus vulgaris); Feuille de Mauve (Malva sylvestris); Extrait de Mélèze; Huile essentielle d'eucalyptus; Extrait de rocou; Caramel; Menthol; Acide citrique.

Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament.

Autorisation ministère de la santé n° 20221712366/RQvz/CA/DPS/DMP/18



DociVox® Spray gorge

Spray
Voie orale

Calme l'irritation et Soulage la douleur de la Gorge

Deva
Pharmaceutique

PROPRIÉTÉS :

Docivox Spray gorge offre l'avantage d'une application très ciblée. Il permet de tapisser directement la muqueuse oropharyngée pour un effet immédiat.

Docivox Spray gorge est doté d'un embout pulvérisateur directionnel qui facilite l'application du produit notamment sur les parties de l'oropharynx difficiles d'accès.

Docivox Spray gorge est à base d'actifs naturels ayant des actions antiseptiques, adoucissantes et calmantes.

Grace à ses propriétés, Docivox Spray gorge est un adjuvant spécifique pour le traitement des états inflammatoires de la sphère oropharyngée provoqués par le froid, les allergènes, la fumée, la pollution, la poussière et autres agents externes.

Docivox Spray gorge permet un confort de la gorge irritée par soulagement des symptômes accompagnateurs tels qu'une sécheresse de la gorge, des picotements ou une difficulté à déglutir.

Docivox Spray gorge, grâce à sa formulation sans alcool ni conservateurs, est adapté aussi bien à l'adulte qu'à

Dolipran

PARACETAMOL

PPV 14DH00
PER 06/26
LOT M2098



DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé :

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

Les autres composants sont : croscarmellose sodique, providone 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 de lombaires, 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 réduite ou de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans