

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0018669

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 93264 Société : 20253X
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ZAOUITA MANSOURA VUE MAKHLOUKI MOHAMED
 Date de naissance : 1925
 Adresse : 42 YDOUMAGGUE RUE 10 N°41 S/M
 Tél. : 0641610834 Total des frais engagés : 513 DHS =

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08.04.2024
 Nom et prénom du malade : ZAOUITA MANSOURA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : H.T.A. @ Remboursé
 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : / /

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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

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
08/04/2024			17004	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

08/04/2024 463,70

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 Nombre AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

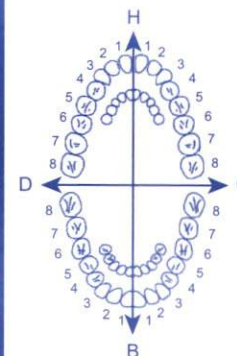
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

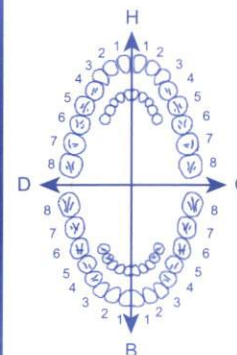
FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 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

Docteur Naïma OUDRHIRI

MEDECINE GENERALE

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

الدكتورة نعيمة ودغيري

الطبيب العام

طبيبة محلفة
خبيرة لدى المحاكم

Casablanca, le 08.04.2024 الدار البيضاء

ZAOUITA HANGOURA

203x20

11 Cote d'ivoire 160.112,1

18,70

2. Dole

18,23 mois

39,100

3. Hef 22.11.15

22.11.15

463,70

22.11.15

DR. NAÏMA OUDRHIRI
Expert Assermenté
Dob'ham: 05.22.62.02.35
Hay Mohammadi - Casablanca
Tél: 05.22.62.02.35



6 118001 030521

COTAREG 160/12.5 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 203.00 DH



6 118001 030521

COTAREG 160/12.5 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 203.00 DH



Doligrin®
Parcéamol - V1

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant :
• Garder cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
• Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, pharmacien.
• Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne symtômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
• Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous n'avez pas de réponse, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Composition du médicament

Composition qualitative et quantitative en substance active.

Parcéamol.

Acide Ascorbique (Vitamine C)

Magnésium de Phéniramine

Composition quantitative en excipients :

Mannitol, acide citrique anhydre, povidone K 30, dicétate

Composition de l'arôme : Substances aromatisantes, Rouge C

E414, Acide Ascorbique E300, Tricétate E1518, Sulfate de

Excipients à effet noyau.

Aspartame, Rouge Cochenille A (E124).

Classe pharmacothérapeutique ou le type d'activité

Doligrin, granulés pour solution buvable en sachet, fo

MEDICAMENTS DU RHUME EN ASSOCIATION,

Doligrin, granulés pour solution buvable en sachet, agit

• Une action antihistaminique qui permet de réduire le rhinor

aux phénomènes spasmodiques tels que les éternuements p

• Une action antiprurigineuse qui permet de soulager une sécr

• Une composition en acide ascorbique permettant une sécr

Indications thérapeutiques

Ce médicament est indiqué dans le traitement au cours des

de l'adulte et l'enfant de plus de 15 ans :

• De l'écoulement nasal clair et des larmoiements,

• Des éternuements,

• Des maux de tête et/ou fièvre.

Posologie

Réservez à l'adulte et l'enfant de plus de 15 ans :

1 sachet à renouveler si nécessaire au bout de 4 heures minimum, sans dépasser 3 sachets par jour.

Mode d'administration :

Voie orale.

Les sachets doivent être pris dans une quantité suffisante d'eau, froide ou chaude, l'eau chaude le soir.

Au cours des états grippaux, il est préférable de prendre ce médicament dans de l'eau chaude le soir.

• Durée du traitement :

La durée maximale du traitement est de 5 jours.

• Fréquence d'administration :

En cas d'insuffisance rénale, (clairance à la créatinine inférieure à 10 ml/min), l'intervalle entre 2 prises sera d'au

moins 8 heures.

Contre-indications

Ne prenez jamais Doligrin®, granulés pour solution buvable en sachet, dans les cas suivants :

• Enfant de moins de 15 ans,

• En cas de diabète, d'allergie aux constituants du produit,

• En cas de céphalées, formes de glaucomes (augmentation de la pression dans l'œil),

• En cas de difficultés à uriner, d'origine prostatique ou autre,

• En cas de maladie grave du foie en raison de la présence de paracétamol,

• En cas de phénylcétonurie (maladie héréditaire décelée à la naissance), en raison de la présence d'aspartame.

Vous ne devez généralement pas utiliser ce médicament, sauf avis contraire de votre médecin pendant la grossesse et

l'allaitement.

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

Effets indésirables

PPV: 18 DH 70
PER: 01/27
LOT: NO41

