

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.

Biologie 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.

Éducation :

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.

Maladie :

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

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



MUPRAS

17 OCT. 2019

Déclaration de Maladie : N° S19-0000352

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5346 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOULATI F. MOSTAFA Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/10/19

Nom et prénom du malade : Hind Moulati Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Asthme, Anémie, Scoliose

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 : 17/10/19

Signature de l'adhérent(e) :

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
16/10/1999	C		77	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/06/19	101,70

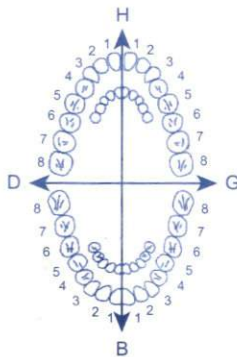
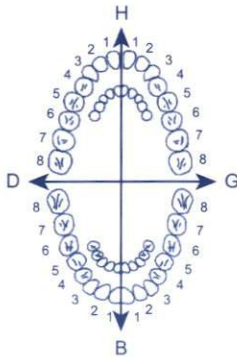
[illegible][illegible]

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div>												
	<div style="text-align: center;"> H <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 10px;">25533412</td> <td style="padding: 2px 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 10px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 10px;">D</td> <td style="padding: 2px 10px;">G</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 10px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 10px;">35533411</td> <td style="padding: 2px 10px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 10px;">B</td> <td></td> </tr> </table> </div>				25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> D 25533412 0000000 0000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 0000000 0000000 11433553 G </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

ORDONNANCE

Le : 16/10/19

Hind Noulotif

171 20 - Basalgi CP

M x 20

44,50 -

Apenat CP

M x 300 gait 2

2000

- isolam 20

20

20

20

20

20

20

20

20

20



Avertissements et précautions: Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant d'utiliser Baralgin M comprimé pelliculé. Baralgin M comprimé pelliculé contient un dérivé de la pyrazolone, le métamizole. Cette substance présente un risque de choc (défaillance circulatoire soudaine) et d'agranulocytose (maladie grave due à une chute importante du nombre de certains globules blancs), événements rares mais potentiellement fatals. En cas d'hypersensibilité (réactions anaphylactoides) à Baralgin M comprimé pelliculé, il existe aussi un risque particulièrement important de réactions du même type à d'autres anti-douleurs. En cas de réactions allergiques ou d'apparition d'autre (agranulocytose, éruptions cutanées, etc.) ou de réactions anaphylactiques, en présence de l'une des maladies ou réactions

LOT : 8MA010
PER: 09 2021

BARALGIN M 500MG
CP PEL B20

P.P.V : 17DH20



6 118000 060635



e immunitaire
n M comprimé
de même type
chimiquement
ulocytose, de
atement votre
ter un médecin
«ls ».
lactoides ou
dactoides)

graves par exemple), - forte
consciencieusement les modalités
procèdera à une surveillance étroite
(stabilisation circulatoire par exem
risque de chute de tension. Si une
doit impérativement être évitée
coronarienne sévère ou de rétréc
sanguine dans les vaisseaux irriguan
importante), Baralgin M comprimé
surveillance étroite de la fonction ci
Patients présentant une diminution
Si votre fonction rénale ou hépa
comprimé pelliculé ne doit être
rigoureuse du rapport bénéfice/risq
qui s'imposent (voir rubrique 3. «
Sujets âgés : L'élimination des com
Baralgin M dans l'organisme (méta
personnes âgées (voir rubrique 3
enfants : Les nourrissons de moins
doivent pas recevoir de métamizol
scientifiques sur l'utilisation du
médicaments et Baralgin M con

- Apenat est déconseillé chez les enfants.
- A utiliser avec précaution chez les personnes âgées.
- Respecter les doses recommandées.
- Tenir hors de portée des enfants.
- Conserver à l'abri de la lumière et de l'humidité.

Complément :

Fabriqué par PH
Importé au Maroc
Autorisation Minis
Apenat® solution L
Apenat® comprimés
Autorisation sanitaire ONC

APENAT Cpr Bte 15	
PPC : 44,50 DH	
Ut av : Avr / 2022	Lot : 190258
MEDI PRO PHARMA	

Apenat®

E11366D00

Tenir compte de la teneur en sodium (voisin respectivement de 54,46 mg/comprimé dosé à 20 mg).

EN CAS DE DOUTE, NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DU PHARMACIEN.

d) INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS :
AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PHARMACIENS, SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS OU A VOTRE PHARMACIEN et notamment des médicaments pouvant donner certains troubles du rythme cardiaque, même sous ordonnance.

e) GROSSESSE - ALLAITEMENT :

Grossesse :

Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse qu'en cas d'urgence. Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin pour juger de la nécessité de poursuivre ce traitement.

Allaitement :

L'allaitement est à éviter pendant le traitement en raison du passage de la substance dans le lait maternel.

mg et

RE

UT
IN
ctif
ins

LOT 190562

EXP 03 2021

PPV 40.00 DH

eul

CONDITIONS D'UTILISATION
ET DE CONSERVATION