

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.

Diagnostique 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.

Educations :

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.

Prothèses :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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

Information : contact@mupras.com
Personne 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 personnelles.

S : 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



Déclaration de Maladie : N° P19-0021571

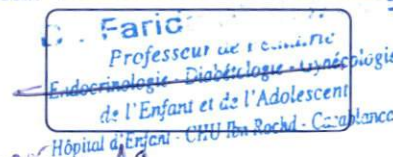
☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12323 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : FIKRI BOUCHAB Date de naissance : 12/04/1981
Adresse : BOUSKARA GOLF CITY, IM 66 APTS, VILLE VERTE CASABLANCA
Tél : 0661486542 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/05/19
Nom et prénom du malade : ALI FIKRI Age : 7 ans

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

Nature de la maladie : Retard de croissance

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 : Casablanca Le : 09/07/2019

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
25/05/19	G		350014	<p>Dr. Farida</p> <p>Professeur de médecine</p> <p>Endocrinologie - Diabétologie - Gynécologie</p> <p>de l'Enfant et de l'Adolescent</p> <p>Hôpital d'Enfants - CHU Ibn Rochd - Casablanca</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE GOLF CITY</p> <p>Centre commercial Golf City</p> <p>N° 9 - Boukhadra - Casablanca</p> <p>Tel: 0522 59 07 09</p>	25/05/19	12,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

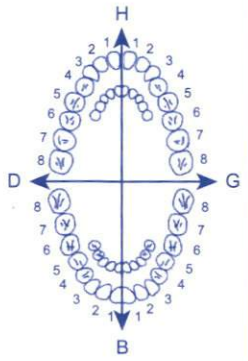
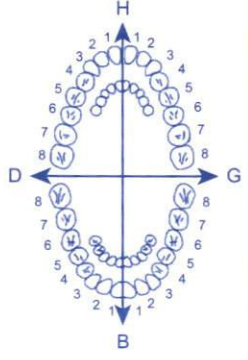
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'...

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	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																									
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
D		G																							
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
B																									
				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

أجيال AJIAL



مصحة الطفل و الرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le : 25/05/19

Fekri AL

12,80 Dolprune

STERILIZATION
Centre d'insémination artificielle
RDC n° 9 - Bouskoura - Casablanca
Tél: 0522 59 07 09



Dr. Farida EL MECHIE
Professeur de médecine
Embryologie - Diabétologie - Gynécologie
de l'Enfant et de l'Adolescent
Hôpital d'Enfants - CHU Ibn Rochd - Casablanca



DOLIPRANE®

100 mg poudre en sachet-dose (de 6 à 8 kg)
150 mg poudre en sachet-dose (de 8 à 12 kg)
200 mg poudre en sachet-dose (de 12 à 16 kg)
300 mg poudre en sachet-dose (de 16 à 30 kg)

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

	Par sachet-dose
	PARACETAMOL
Doliprane 100 mg poudre	100 mg
Doliprane 150 mg poudre	150 mg
Doliprane 200 mg poudre	200 mg
Doliprane 300 mg poudre	300 mg

EXCIPIENTS : Benzoate de sodium, povidone k30, monoglycérides acétylés, dioxyde de titane, saccharine, saccharose, arôme orange.

Teneur en sucre : saccharose 0,4 g / sachet de 100 mg ; 0,6 g / sachet de 150 mg ; 0,8 g / sachet de 200 mg ; 1,2 g / sachet de 300 mg.

Teneur en sodium : 0,11 mg / sachet de 100 mg ; 0,17 mg / sachet de 150 mg ; 0,22 mg / sachet de 200 mg ; 0,33 mg / sachet de 300 mg.

FORME PHARMACEUTIQUE

Doliprane 100 mg.....Boîte de 12 sachets
Doliprane 150 mg.....Boîte de 12 sachets
Doliprane 200 mg.....Boîte de 12 sachets
Doliprane 300 mg.....Boîte de 12 sachets

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE - ANTIPYRETIQUE

(N : Système nerveux central)

DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament est indiqué en cas de douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures.

DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER

Ce médicament ne doit pas être utilisé en cas de :

- Allergie connue au paracétamol
- Maladie grave du foie
- En cas de doute, il est indispensable de consulter un médecin

MISES EN GARDE SPECIALES

Ce médicament contient du paracétamol. Ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée (cf notice).

PRECAUTIONS D'EMPLOI

Si la douleur persiste plus de 5 jours ou si apparaît un autre signe, ne pas continuer le traitement.
En cas de diabète ou de régime hyposodé
En cas de régime désodé ou hyposodé
En cas de doute ne pas hésiter à consulter un médecin



PPV 12DH80
PER 10/20
LOT H2191

12,80

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

Signaler la prise de Doliprane à votre médecin en cas de prescription de dosage de l'acide urique sanguin ou de la glycémie.

Afin d'éviter d'éventuelles interactions entre plusieurs médicaments, il faut signaler systématiquement tout autre traitement en cours à votre médecin ou à votre pharmacien.

COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?

POSOLOGIE :

- La posologie du paracétamol dépend du poids de l'enfant : les âges sont mentionnés à titre d'information.
- Si vous ne connaissez pas le poids de l'enfant, il faut le peser afin de lui donner la dose la mieux adaptée.
- La dose quotidienne de paracétamol recommandée est d'environ 60 mg/kg/jour, à répartir en 4 ou 6 prises soit environ 15 mg/kg/ toutes les 6 heures.
- **Doliprane 100 mg sachet (de 6 à 8 kg)**
 - Pour les nourrissons de 6 à 8 kg (environ 3 à 9 mois) : 1 sachet à 100 mg à renouveler si besoin, au bout de 6 heures, sans dépasser 4 sachets par jour.
- **Doliprane 150 mg sachet (de 8 à 12 kg)**
 - Pour les nourrissons de 8 à 12 kg (environ 6 à 24 mois) : 1 sachet à 150 mg par prise, à renouveler si besoin, au bout de 6 heures, sans dépasser 4 sachets par jour.
- **Doliprane 200 mg sachet (de 12 à 16 kg)**
 - Pour les enfants de 12 à 16 kg (environ 2 à 5 ans) : 1 sachet à 200 mg par prise, à renouveler si besoin, au bout de 6 heures, sans dépasser 4 sachets par jour.
- **Doliprane 300 mg sachet (de 16 à 30 kg)**
 - Pour les enfants de 16 à 24 kg (environ 4 à 9 ans) : 1 sachet à 300 mg par prise, à renouveler si besoin au bout de 6 heures, sans dépasser 4 sachets par jour.
 - Pour les enfants de 25 à 30 kg (environ 9 à 11 ans) : 1 sachet à 300 mg par prise, à renouveler si besoin au bout de 4 heures, sans dépasser 6 sachets par jour.

EN CAS DE DOUTE, DEMANDEZ CONSEIL À VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN

VOIE ET MODE D'ADMINISTRATION

- VOIE ORALE

- MODE D'ADMINISTRATION

- Verser le contenu d'un sachet dans un verre puis ajouter une petite quantité de boisson (par exemple eau, lait, jus de fruit).
- Remuer et boire immédiatement après.

FREQUENCE ET MOMENT AUXQUELS LE MEDICAMENT DOIT ETRE ADMINISTRE

Les prises doivent être régulièrement espacées, y compris la nuit, de préférence de 6 heures et d'au moins 4 heures. En cas de maladie grave des reins (insuffisance rénale sévère), les prises seront espacées de 8 heures minimum.

EFFETS NON SOUHAITES ET GENANTS

Comme tout produit actif, ce médicament peut, chez certaines personnes, entraîner des effets plus ou moins gênants. Dans certains cas rares, il est possible que survienne une éruption cutanée, ou une réaction allergique. Il faut immédiatement arrêter le traitement et avertir votre médecin. Signaler à votre médecin tout effet non souhaité et gênant qui ne serait pas mentionné dans cette notice.

CONSERVATION

Ne pas dépasser la date limite d'utilisation indiquée en clair sur l'emballage.



bottu s.a

82, Allée des Casuarinas - Aïn Sebâa - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable