

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.

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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

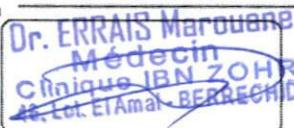


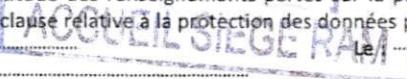
Déclaration de Maladie

N° W19-496628

MLE : 8144

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
28789			
Matricule : 8144 Société :			
<input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre :			
Nom & Prénom : MEZHARI IKHALID			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : / /			
Nom et prénom du malade : / / Age: / /			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Gastro-Entérologie			
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. 23 FEV. 2020			

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 / /
Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie N° W19-496628	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Matricole : / /	
Nom de l'adhérent(e) : / /	
Total des frais engagés : / /	
Date de dépôt : / /	
Coupon à conserver par 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
02/12/18	CS	10 II	300,00	INP : 1016119358101
	+		+	
	TCT	10 IAN 20 Amal BERRECHID	150,00	Dr. ERRAIS Marouane Médecin Clinique BEN ZOHR 48 Lot EL AMAL BERRECHID

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/12/19	122,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																							
				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																										
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21432552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">D</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">G</td></tr> <tr><td colspan="2"></td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">B</td></tr> </table>				H		25533412	21432552	00000000	00000000	<hr/>		D		00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		G				B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																											
25533412	21432552																										
00000000	00000000																										
<hr/>																											
D																											
00000000	00000000																										
35533411	11433553																										
<hr/>																											
G																											
B																											
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				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'EXECUTION

CLINIQUE IBN ZOHR

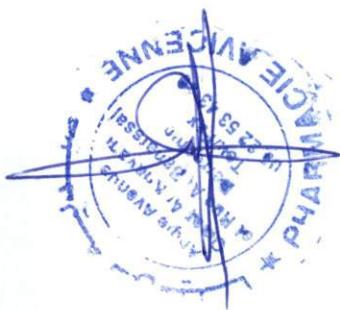
مصحة ابن زهر *Cizir*

Berrechid le 02/12/2019.

ORDONNANCES

Maha Nazhari

45 - Normofat ٥٠ جم
١٤٥x3 ١٨



29 - ٥٠ Nauflim ٦٥ جم
١٤٥x3 ١٧



١١٤ Lavant repas

38 - ٥٠ Coton Jut ٨٥x١٦ جم
١٤٥x2 ١٧



٢٠.١٢ - Rabatol ٦٥ جم
١٤٦x3 ١٩



122, Dr. FERRAIS Marouane
Médecin
Clinique IBN ZOHR
46, Lot El Amal - BERRECHID

CLINIQUE IBN ZOHR



مصحة ابن زهر

RECU DE VERSEMENT

DATE : 02. 10. 2019

Nom et prénom : MAHO MIZVATARI

Prestations : C. TRT

Honoraires : 300 + 150 Dt

N° de téléphone : 06 98 34 42 93

Nom assurance ou mutuelle :

Medecin : Dr. HAMDY

CIN :

Signé :

PARANTAL®

CO-TRIM® FORT

20 comprimés

PPV 10DH50
EXP 09/2021
LOT 86028 1

PPV 38DH00

EXP 09/2022
LOT 86028 6

- Solution buvable à 3%
Paracétamol
- Excipient
- Comprimés adultes et enfants (à partir de 2 ans)
Paracétamol
- Excipient
- Comprimés effervescents adultes et enfants
Paracétamol
- Excipient
- Comprimés effervescents adultes et enfants
Paracétamol
- Excipient
- Granulés adultes et enfants (à partir de 2 ans)
Paracétamol
- Excipient
- Granulés enfants à 300 mg
Paracétamol
- Excipient
- Granulés nourrissons et enfants à 150 mg
Paracétamol
- Granulés nourrissons à 80 mg
Paracétamol
- Excipient (commun aux granulés enfants et nourrissons)
- Suppositoires adultes et enfants (à partir de 2 ans)
Paracétamol
- Suppositoires enfants à 300 mg
Paracétamol
- Suppositoires enfants à 250 mg
Paracétamol
- Suppositoires nourrissons à 125 mg
Paracétamol
- Excipient (commun aux suppositoires)

1mg/ml

Flacon de 200 ml
Suspension buvable

Voie orale

A 16432

29,00

125 mg
qsp 1 suppositoire

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE :

Autres analgésiques et antipyrétiques

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament contient du paracétamol, il est indiqué en cas de douleur et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses.

La présentation à 1 g peut être prescrite par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :

- Insuffisance hépatocellulaire.
 - Accidents allergiques antérieurs au paracétamol ou aux autres constitutants.
 - Inflammation récente anale ou rectale ou saignement récent du rectum (suppositoire).
- EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.
- MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS D'EMPLOI :**
- Mises en garde spéciales :
- En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une dose trop élevée, consultez immédiatement votre médecin.
 - La prise de paracétamol peut fausser le dosage de l'acide urique sanguin et le dosage de la glycémie.
 - En cas de découverte d'une hépatite virale aiguë, il convient d'arrêter le traitement.
 - Les granulés pour suspension buvable contiennent du saccharose. En raison de la présence de saccharose, ce médicament ne peut être administré en cas d'intolérance au fructose, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en sucrase-isomérase.
 - Les granulés pour suspension buvable contiennent du sodium. Le taux de sodium est inférieur à 1 mmol (ou 23 mg) par cuilleré-mesure, c'est-à-dire « sans sodium ».
 - Prendre en compte la teneur en sodium du comprimé effervescent chez les patients suivant un régime désodé strict.
 - Le comprimé non effervescent contient du lactose. En raison de la présence de lactose, ce médicament ne peut être administré en cas de galactosémie congénitale, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en lactase.
 - En raison de la présence de sorbitol dans les comprimés effervescents et les granulés à 500 mg, ils ne peuvent être administrés en cas de galactosémie congénitale, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en lactase.
 - Solution buvable contenant du parahydroxybenzoate et peut provoquer des réactions allergiques (éventuellement retardées).
 - Avec les suppositoires, il y a un risque d'irritation locale, d'autant plus fréquent et intense que la durée du traitement est prolongée, le rythme d'administration est élevé et la posologie est forte.

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 avis de votre médecin.
 - En cas de maladie grave du foie ou des reins, ou d'abus d'alcool, il est nécessaire de consulter votre médecin avant de prendre du paracétamol.
 - Avant de débuter un traitement par ce médicament, vérifier que vous (ou votre enfant) ne prenez pas d'autres médicaments contenant du paracétamol. Prévenez votre médecin si vous (ou votre enfant) prenez d'autres médicaments contenant du paracétamol.
 - En cas de problèmes de nutrition (malnutrition) ou de déshydratation, PARANTAL® doit être utilisé avec précaution.
- EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS :

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, SIGNALEZ SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

Signalez que vous prenez ce médicament si votre médecin vous prescrit un dosage du taux d'acide urique dans le sang.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT :

À titre informatif : le paracétamol, dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant la grossesse ainsi qu'au cours de l'allaitement. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

LISTE DES EXCIPENTS A EFFET NOTOIRE :

Comprimés effervescents à 500 mg adultes et enfants (à partir de 27 kg)

: sorbitol, sodium environ 395 mg/comprimé