

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0033454

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 621 Société : 23961

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KHALLA Abdelhak

Date de naissance :

Adresse : HADDOU, Younouk 1 km 51 URBA

Tél. : 06 19 90 86 83 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Zoumana Omar Lotfi
45, Bd. Bir Anzarane - Casa
Tél. : 05 22 25 03 73
GSM : 06 61 14 99 86
E-mail : zpl2@live.fr

Date de consultation : 18 FEV 2020

Nom et prénom du malade : KHALLA Zoumana

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

Nature de la maladie :

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) :



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
18 FEV 2020	✓		150,000H	Dr Zemzama Omar Loufi 45, Bd. Bir Anzarane - Casa Tél.: 05 82 25 03 73 GSM: 066 14 99 86 E-mail: zol2@live.fr

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

18/02/2020

132,40

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 :

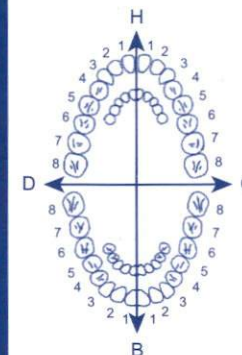
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

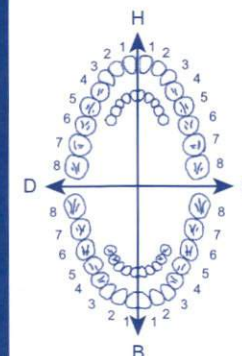
MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, Le 18 FEV. 2020 الدار البيضاء في

M. KHALLAD Zakaria

21.50

D Nigualgine



14/20 1 g e 3x en alternance avec

20/1 cephalexin



1 val et 2x

96.70

30/1 RELPAX



D. granulé perle

132.40

1 cp et reprendre une à 2 heures plus tard



Dr Zemmama Omar Lotfi
45, Bd. Bir Anzarane - Casa
Tél.: 05 22 25 03 73
GSM : 06 61 14 99 86
E-mail : zol2@live.fr

45, Bd. Bir Anzarane - Casablanca
Tél : 05 22 25 03 73
Fax : 05 22 25 13 00
GSM : 06 61 14 99 86
E-mail : zol2@live.fr

RAPPORTER L'ORDONNANCE

45, شارع بئر أنزاران الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 25 03 73
الفاكس : 05 22 25 13 00
المحمول : 06 61 14 99 86
البريد الإلكتروني : zol2@live.fr

MIGRALGIN

Veuillez lire attentivement l'intégralité de
Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin
Si vous avez toute autre question, si vous avez
à votre pharmacien.
Ce médicament vous a été personnellement
cas de symptômes identiques, cela peut être
Si l'un des effets indésirables devient
cette notice, parlez-en à votre médecin.

R.P.V.:

Numéro du lot:

Date de péremption:

96DH70

00021651

06.2021

86170

• COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

PARACETAMOL 500 mg

CAFEINE 65 mg

PHOSPHATE DE CODEINE HEMIHYDRATE 10 mg

Excipients : silice colloïdale anhydre, lactose monohydraté

• composition de l'enveloppe de la gélule : gélule

dioxyde de titane (E 171).

Excipient à effet notoire : lactose.

• FORME PHARMACEUTIQUE

Gélule, boîte de 18.

• CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE CENTRAL ET PERIPHERIQUE (N)

• DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Traitement chez l'adulte des affections douloureuses d'intensité

soulagées par le paracétamol ou l'aspirine seul.

• ATTENTION :

DANS QUEL CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- Allergie à l'un des composants.

- Maladie grave du foie.

- Insuffisance respiratoire quelque soit son importance.

- Enfants de moins de 15 ans.

- Allaitement (Cf. Grossesse et Allaitement).

- En association avec des médicaments contenant de la buprénorphine, de la nalbuphine ou de la pentazocine.

Ce médicament NE DOIT généralement pas être utilisé SAUF AVIS CONTRAIRE DE VOTRE MEDECIN

en association avec l'alcool ou des médicaments contenant de l'alcool, ou en cas de traitement par l'enoxacine

(antibiotique).

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE

VOTRE PHARMACIEN.

• MISES EN GARDE SPECIALES

- Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée en raison du risque de dépendance.

- Certaines douleurs peuvent ne pas être soulagées par ce médicament, demandez l'avis de votre médecin.

• PRECAUTIONS D'EMPLOI

- Avant de prendre ce médicament, il est nécessaire de consulter votre médecin en cas de maladie

grave des reins ou du foie.

- La prise de boissons alcoolisées pendant ce traitement est déconseillée.

- Compte tenu de la présence de caféine, ce médicament peut entraîner des insomnies, en conséquence, il

convient d'éviter les prises en fin de journée.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE

PHARMACIEN.

• INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, notamment

avec la buprénorphine, la nalbuphine, la pentazocine ou l'enoxacine, IL FAUT SIGNALER

SYSTEMATIQUement TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE

PHARMACIEN.

PPV: 21DH50

PER: 10/21

LOT: I2287

402	
NOVOPHARMA	LOT
UTAV 24	PPV 14.20