

## 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.

N° W19-427441

comm

N° = 24282

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : R 0678

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

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 :

Lien de parenté :

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) :

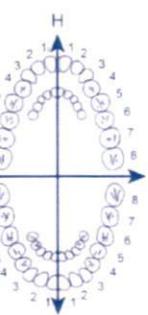
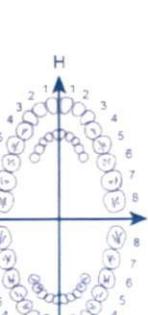
Le : 08/02/2020

Signature :

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE MICHIFEN</b> B. Av. Michrifien, Agdal - Rabat 10537 6753 54 / 0537 67	25/01/2020	132,- Dhs NP 102042561

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																						
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins																						
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																						
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		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"/>																		
<b>O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G		
H	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
D	00000000	00000000																				
	35533411	11433553																				
B																						
G																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		



د. جبرى مولاي هشام  
Dr. JABRI Moulay Hicham

Otorhinolaryngologiste  
Diplômé de la Faculté  
de Médecine de Rabat

Rabat, le

25/02/2020

الرباط في

✓ Extra Nasal

✓ 18/02/2018

Cabinet

37,00

✓ Dusoxin

✓ 2  
800

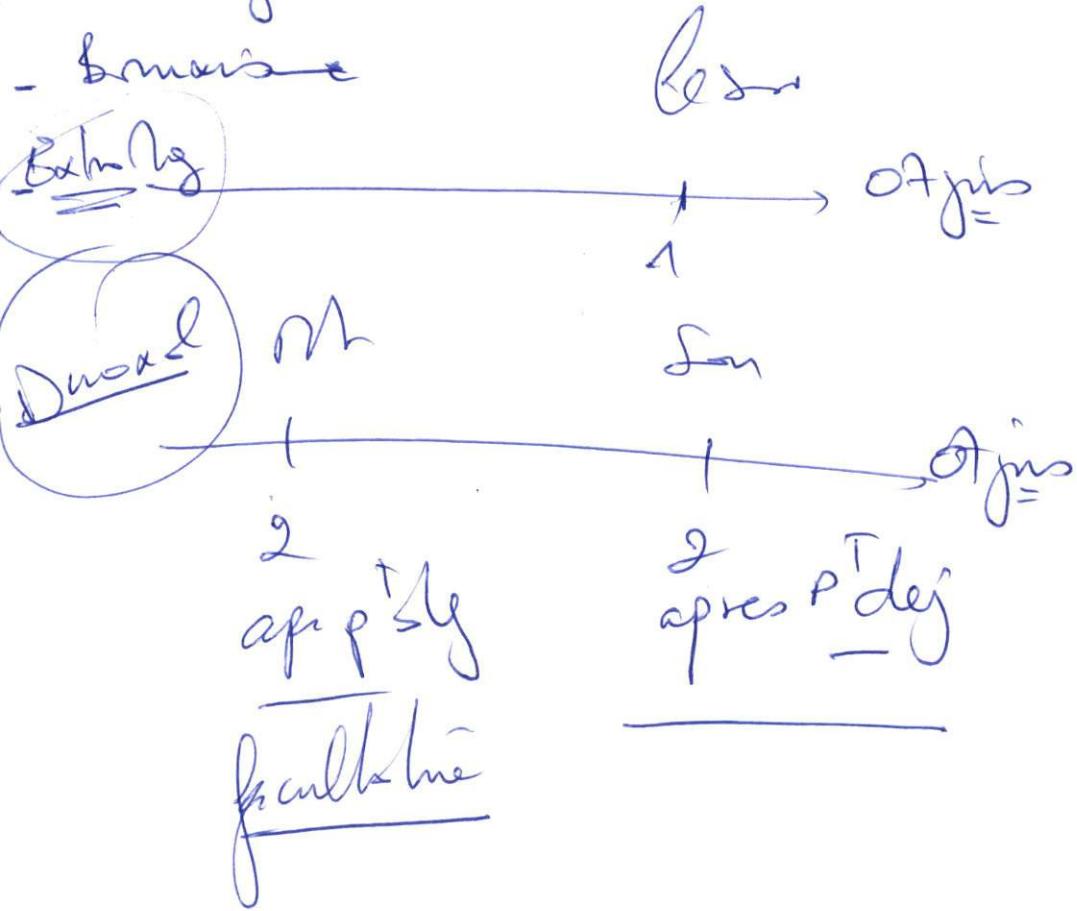
✓ 07,00

✓ 132,00

PHARMACIE MICH'LIFEN  
2, AV. Michellien, Agdal - Rabat  
Tél : 0527 67 53 54 / 0527 67 26 87

Dr. Moulay Hicham JABRI  
Chirurgie de l'Oreille, du Nez et du Cou  
49, Rue Jbel Ayachi, Appt N° 5, Agdal - Rabat  
GSM: 0567 453 463 - Cabinet: 0537 777 171

- Drôle de chose
- Seconde TABAC
- Somme



**Extra mag**  
TRIPLE ACTION

# Extra mag

TRIPLE ACTION

**1 PRISE / JOUR**

Soit 100 % des AJR\*

- **VERVEINE**

<sup>3</sup>Aide à l'endormissement en cas de **TROUBLES DU SOMMEIL**

COOPER PHARMA  
PPC : 95,00 DH

- **MAGNÉSIUM MA**

<sup>1</sup>Participe à la résistance au **STRESS**

- **VITAMINE B6 & MAGNÉSI**

<sup>2</sup>Contribuent à réduire la **FATIGUE**



**COOPER**  
PHARMA

**30** Comprimés tri

Complément alimentaire Poids net

**DUOXOL® 500 mg/2 mg**  
Comprimé  
Boîte de 20  
*Paracétamol - Thiocolchicoside*

- Veuillez lire attentivement
- Gardez cette notice, vous
- Si vous avez toute autre q
- Ce médicament vous a
- symptômes identiques, ce
- Si l'un des effets indésir
- parlez-en à votre médecin

**COMPOSITION :**

Paracétamol.....  
Thiocolchicoside.....  
Excipients : .....

Excipients à effet notoire

**DANS QUELS CAS UTILISER**

Ce médicament est préconisé pour :

- Traitement symptomatique
- Traitement d'appoint de
  - des affections vertébrales
  - des affections traumatisantes

**ATTENTION !**

**DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER**

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

- d'hypersensibilité au thiocolchicoside,
- de grossesse,
- d'allaitement,
- d'insuffisance hépatocellulaire,
- d'hypersensibilité à l'un des excipients du produit,
- chez l'enfant de moins de 15 ans.

**MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :**

- Chez les patients souffrant d'insuffisance hépatique et/ou rénale, d'affections cardiaques ou pulmonaires, éviter les traitements prolongés.
- Pour éviter le risque de surdosage au paracétamol, vérifier l'absence de paracétamol dans la composition d'autres médicaments.
- Le thiocolchicoside doit être administré avec prudence chez les patients épileptiques ou à risque de convulsions.
- En cas de diarrhée, prévenez votre médecin qui pourra éventuellement ajuster la posologie.
- Eventuellement, ingérer les comprimés avec un pansement gastrique.
- Ne pas dépasser la dose prescrite.
- Il est conseillé de consulter un médecin pour des traitements excédant 7 jours.

**EN CAS DE DOUCEUR, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

En raison de la présence de lactose, ce médicament est contre-indiqué en cas de galactosémie congénitale, de syndrome de malabsorption du glucose et de galactose, ou de déficit en lactose.

L'amidon de blé peut provoquer des réactions allergiques chez les personnes allergiques au blé ainsi que des intolérances chez les personnes souffrant de maladies coeliaques.

**INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS :**

AFIN D'ÉVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS À VOTRE MEDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN. **DUOXOL®** peut augmenter la toxicité du chloramphénicol.

En cas de traitement avec des anticoagulants oraux, on peut l'administrer occasionnellement comme analgésique d'élection.

**Examens paracliniques :**

La prise de paracétamol peut fausser le dosage de l'acide urique sanguin par la méthode à l'acide phosphotungstique et le dosage de la glycémie par la méthode à la glucose oxydase-peroxydase.

