

# 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.

## Prothèse :

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

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° P19-0031816

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07700

Société : 2 Am 40114

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SAOUD ABDELKHALEK

Date de naissance : 16-08-1954

Adresse : 2570 CIBABLANCO

Tél. : 0668880583

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Salma SERGHINI  
Spécialiste en ORL et Chirurgie  
Cervico - Faciale  
415 10 Ba' chfine Res Mayada  
ESC (\*) T 1 : 0522 02 8465  
T 2 : 0522 02 0105

Date de consultation : 14 SEPT 2020

Nom et prénom du malade : SAOUD ABDELKHALEK Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : 60 dm commun

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
4 SEPT 2020	Examen	1	250,00	
	Examen	1	250,00	

Asymptotic  $\frac{C}{250,000}$

Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

Dr. Saïma

Spécialité : Pédiatrie

415 Rd Hôpital

ESQ 111

Expérience : 06/11/2004

06/11/2004

[illegible]

ou du Fournisseur

14/9/2020

14.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
		1479	1400

1479

1 Feb

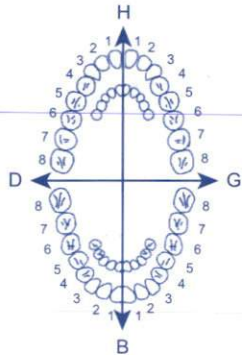
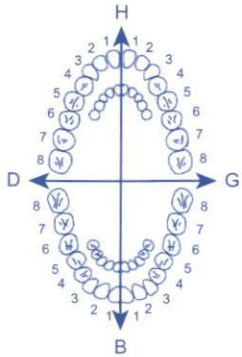
[illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

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

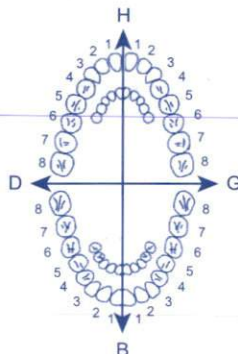
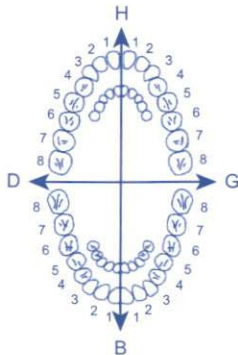
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX							
				MONTANTS DES SOINS							
				DEBUT D'EXECUTION							
				FIN D'EXECUTION							
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX							
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <table border="1" style="border-collapse: collapse; margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> <table border="1" style="border-collapse: collapse; margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table> </div> </div> <p style="text-align: center; margin-top: 5px;">B</p>			25533412		21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
25533412	21433552										
00000000	00000000										
00000000	00000000										
35533411	11433553										
<p><b>(Création, remont, adjonction)</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>											
				DATE DU DEVIS							
				DATE DE L'EXECUTION							

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

**Important :**

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

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>				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																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				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'EX

Spécialiste en ORL et chirurgie Cervico-Faciale  
Explorations de la surdité et des vertiges  
Explorations Endoscopiques  
Allergologie ORL



أخصائية في أمراض وجراحة الأذن  
الأنف، الحنجرة، الوجه والعنق  
تشخيص وعلاج الصمم والدوخة  
التشخيص بالمنظار الداخلي - أمراض الحساسية

Casablanca, le : 14 SEPT 2020.

SAOAB Abdel Khalek

1400 - Poly - 200  
2ep 15

PHARMACIE  
PUISSANCE PHARMA  
Angle Place et Rue Sidi Maârouf  
Casablanca - Tél: 0522 28 05 86  
P: 346472771 - IF: 14447437  
CNSS: 19318088 - RC: 285647  
ICE: 000189678000003

ORL

Dr. Salma SERGHINI  
Sp. ORL - ORL et Chirurgie  
Cervico - Faciale  
415 Bd Ibn Tachfine, Résidence Mawada  
ESC (\*) Tél: 0522 62 81 65  
Télégramme: 0044 62 01 65

Spécialiste en ORL et chirurgie Cervico-Faciale  
Explorations de la surdité et des vertiges  
Explorations Endoscopiques  
Allergologie ORL



أخصائية في أمراض وجراحة الأذن  
الأنف، الحنجرة، الوجه والعنق  
تشخيص وعلاج الصمم والدوخة  
التشخيص بالمنظار الداخلي - أمراض الحساسية

Casablanca, le : 14 SEPT 2020

## FACTURE

Nom : SAOU Abdelkhalik

Note Honoraire pour : Asprate d'oreille

Montant : 250 + 100 = 350

Dr. Salma SERGHINI  
Spécialiste ORL et Chirurgie  
Cervico-Faciale  
415 Bd Ibn Tachfine Résidence Mawada  
Tél : 05 22 62 81 65  
E-mail : dr.serghinisalma@gmail.com

# Doliprane

PARACÉTAMOL

## DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé

La substance active est : paracétamol 1000 mg (1111,11 mg), pour un comprimé.

Les autres composants sont : croscarmellose, mais pré-gélatinisé, acide stéarique (origine végétale).

## QU'EST-CE QUE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ?

Ce médicament contient du paracétamol. Il est indiqué pour soulager les douleurs telles que maux de tête, états grippaux, douleurs musculaires, douleurs articulaires, douleurs douloureuses. Il peut également être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose.

**Cette présentation est réservée à l'adulte (à partir de 15 ans) :**  
Lire attentivement la rubrique "Posologie".  
Pour les enfants de moins de 15 ans, il existe d'autres présentations de paracétamol. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

## QUELLES SONT LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE PRENDRE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ?

**Contre-indications :**

Ne pas prendre DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé dans les cas suivants :  
allergie connue au paracétamol, maladie grave du foie, enfant de moins de 15 ans.

## PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ :

**Précautions Particulières :**

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 l'avis de votre médecin.  
En cas de maladie grave du foie ou des reins, il est nécessaire de consulter votre médecin avant de prendre du paracétamol.

## Mises en garde :

En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une dose trop élevée, consultez immédiatement votre médecin.

**Ce médicament contient du paracétamol. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée (cf. chapitre "Posologie").**

## Grossesse et allaitement :

Le Paracétamol, dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant la grossesse ainsi qu'en cas d'allaitement.

PPV:14DH00

PER:10/21

LOT:H2254

Doliprane®

PARACÉTAMOL

1000 mg

b

botu s.a.



COMPRIMÉ

ADULTE  
10 Comprimés

