

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 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.



Déclaration de Maladie

N° W19-539624

46573

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9278 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENDOURO MOUNA

Date de naissance : 13/01/69

Adresse : Habituelle

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : MUPRAS

Date de consultation : 10 NOV. 2020

Nom et prénom du malade : ACCUEIL

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 : Le : 15 NOV 2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-539624

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 9278

Nom de l'adhérent(e) : BENDOURO MOUNA

Total des frais engagés : 43,30 DH

Date de dépôt :

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 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

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | INP : <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|-------|-----------------------|
| | 10/06 | 43320 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| 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 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | 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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td>B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | H | | H | 25533412 | | 21433552 | 00000000 | | 00000000 | D | | G | 00000000 | | 00000000 | 35533411 | | 11433553 | B | | B | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| H | | H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 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

Pharmacie DES JARDINS

Sanaa Jabor

0537011040

Avenue Mohammed 6 km 18 CGI, RABAT



Facture N° FAC-43545

Date : 01/10/2020

BENDOURO MOUNA

Maroc

| Produit | Qté. | P.U | Total |
|----------------------------------|------|-------|-------|
| VITA C CO 1000 B10 COMP EFFER PM | 1 | 15,30 | 15,30 |
| DOLIPRANE CO 1000MG B10 COMP | 2 | 14,00 | 28,00 |

| | |
|-----------------|------------------|
| Total Organisme | 0 DHS |
| Total Client | 43,30 DHS |
| Total | 43,30 DHS |

Arrêté la présente facture à la somme de : quarante-trois DHS et trente centimes

PHARMACIE DES JARDINS
Dr. JABOR Sanaa
Avenue Mohammed 6, Km 18
CGI - Rabat
Tél/Fax : 05 37 01 10 40

Vita C 1000®

(Acide ascorbique)

Vita C 1000®

DENOMINATION DU MEDICAMENT

VITA C 1000®, Comprimés effervescents : Boîte de 1
VITA C 1000®, Comprimés effervescents : Boîte de 2
VITA C 1000® SANS SUCRE, Comprimés effervescents

LOT 08031 7
EXP 08/2023
PPV 15DH30

Veillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes pour vous. Vous devez toujours prendre ce médicament en suivant les informations fournies dans cette notice par votre pharmacien.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin d'elle.
- Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil.
- Si vous ressentez l'un des effets indésirables, parlez-en à votre pharmacien ou si vous remarquez un effet non mentionné dans cette notice.
- Vous devez-vous adresser à votre médecin si vous ne voyez pas d'amélioration ou si vous vous sentez moins bien.

Que contient cette notice

1. Qu'est-ce que VITA C 1000® Comprimés effervescents et VITA C 1000® SANS SUCRE Comprimés effervescents et dans quel cas sont-ils utilisés ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre VITA C 1000® Comprimés effervescents et VITA C 1000® SANS SUCRE Comprimés effervescents ?
3. Comment prendre VITA C 1000® Comprimés effervescents ou VITA C 1000® SANS SUCRE Comprimés effervescents ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver VITA C 1000® Comprimés effervescents et VITA C 1000® SANS SUCRE Comprimés effervescents ?
6. Informations supplémentaires

1 - QU'EST-CE QUE VITA C 1000® COMPRIMÉS EFFERVESCENTS ET VITA C 1000® SANS SUCRE COMPRIMÉS EFFERVESCENTS ET DANS QUELS CAS SONT-ILS UTILISÉS ?

- Classe pharmaco-thérapeutique ou le type d'activité

ACIDE ASCORBIQUE (VITAMINE C), NON ASSOCIÉE - code ATC : A11GA01.

- Indications thérapeutiques

Ce médicament contient de la vitamine C.

Il est indiqué dans les états de fatigue passagers de l'adulte et de l'enfant de plus de 15 ans.

Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien après 1 mois de traitement.

2 - QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE VITA C 1000® COMPRIMÉS EFFERVESCENTS ET VITA C 1000® SANS SUCRE COMPRIMÉS EFFERVESCENTS ?

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre VITA C 1000® comprimés effervescents.

- Ne prenez jamais VITA C 1000® comprimés effervescents ou VITA C 1000® SANS SUCRE comprimés effervescents (Contre-indications)

- si vous êtes allergique (hypersensible) à la substance active ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament
- si vous êtes atteint de phénylcétonurie (maladie héréditaire dépistée à la naissance), en raison de la présence d'aspartam (VITA C 1000® SANS SUCRE comprimés effervescents)
- si vous présentez une insuffisance rénale sévère (défaillance grave des fonctions du rein)
- si vous présentez ou avez présenté des calculs rénaux
- si vous avez des calculs d'oxalate de calcium (hyperoxalurie)
- si vous avez moins de 15 ans

- Faites attention avec VITA C 1000® comprimés effervescents ou VITA C 1000® SANS SUCRE comprimés effervescents (Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi)

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre VITA C 1000® comprimés effervescents ou VITA C 1000® SANS SUCRE comprimés effervescents.

• VITA C 1000® comprimés effervescents

• Si votre fatigue est accompagnée de

• Si vous êtes allergique (hypersensible) à la substance active ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament

• VITA C 1000® SANS SUCRE comprimés effervescents

• Ce médicament contient de la vitamine C sous forme d'acide ascorbique.

* En raison de la présence d'aspartam, ce médicament peut être déconseillé chez les patients atteints de diabète sucré (maladies hépatiques).

* Ce médicament contient de la vitamine C sous forme d'acide ascorbique.

* Ce médicament peut provoquer des effets indésirables.

• VITA C 1000® SANS SUCRE comprimés effervescents

* Ce médicament contient de la vitamine C sous forme d'acide ascorbique.

* Ce médicament peut provoquer des effets indésirables.

* Ce médicament peut provoquer des effets indésirables.

- Enfants et personnes âgées

- Enfants et personnes âgées

- Prises d'autres médicaments

Informez votre médecin de tous les médicaments que vous prenez. Ce médicament peut contenir des substances qui peuvent interférer avec d'autres médicaments.

- Aliments et boissons

Prendre ce médicament avec de l'eau. Évitez de le prendre avec des boissons riches en sucre.

- Utilisation pendant la grossesse

Si vous êtes enceinte ou si vous envisagez de le faire, consultez votre médecin avant de prendre ce médicament.

Grossesse

Par mesure de précaution, ne prenez pas ce médicament pendant la grossesse.

Allaitement

La vitamine C est présente dans le lait maternel. Consultez votre médecin avant de prendre ce médicament.

Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL

Comprimé

DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé

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

Les autres composants sont : croscarmellose, maïs préagglutiné, acide stéarique (origine végétale).

PPV: 14DH00

PER: 03/23

LOT: J888

QU'EST-CE QUE DOLIPRANE® CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament contient du paracétamol, tel que dans les cas de douleurs, telles que maux de tête, états grippaux, douleurs. Il peut également être prescrit dans 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.



Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL

Comprimé

DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé

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

Les autres composants sont : croscarmellose, maïs prégélatinisé, acide stéarique (originaire de la France).

PPV: 14DH00

PER: 03/23

LOT: J888

QU'EST-CE QUE DOLIPRANE® ? CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament contient du paracétamol, tel que dans les médicaments tels que maux de tête, états grippaux, douleurs. Il peut également être prescrit dans 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.

