

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.

Diagnostique 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.

Prothésaire :

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° P19-0003678

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4815 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : DERSSI KHALID Date de naissance :
Adresse : DERB EL KABIR RUE 13 de 44 CASA
Tél. : 06 75 12 84 86 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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 : / /

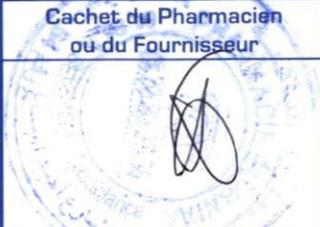
Signature de l'adhérent(e) :



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/09/14	21,60.

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

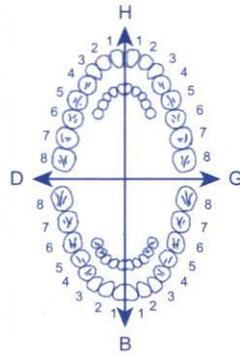
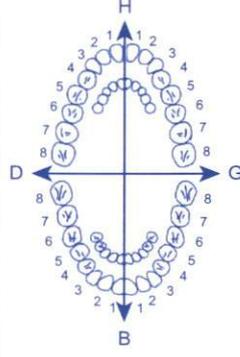
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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 border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ELMOKHTAR TAZI

PHARMACIEN

PHARMACIE EL BAHIA
44 Rue Ahmed Sebbagh
CASABLANCA

Tel : 05 22 80 87 56

R.C : 355 826

Patente : 3360100

Casablanca le, :

المختار التازي

صيدلي

صيدلية الباهية
44 زقة أحمد الصباغ
الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 80 87 56

س ت بالبيضاء 355 826

بتاننا 3360100

الدار البيضاء في :

..... السيد

Monsieur. *Jerrh Kholid*

Quantité	Désignation	P.U.H.T	Total
1	Diprosalicyl 	1	8160
1	Hecondin 	1	1400
			<hr/> 5160
<p>تمترة الع فـرنتة عـة العـة سـة 5160</p> 			facture

LIC® pommade

améthasone, Acide salicylique

مليكن

إكزوميدين
محلول

14,00


Diprosalic®
pommade



LOT: 587
PER: JUN 2022
PPV: 37 DH 60

ation
DIPROSALIC, les recommandations suivantes doivent être suivies :
- médicament dans les yeux ou sur les muqueuses (par exemple à bouche ou des parties génitales),
- médicament sur le visage sauf en cas de prescription formelle de l'habile de passage d'une partie des substances actives dans les actions :
- ou une couche imperméable, en particulier chez les enfants. Cela ralentissement de la croissance et un syndrome de Cushing.
- le prise de poids, un gonflement et une rougeur du visage.
- sage et dans les plis.

ra pendant combien de temps vous devez utiliser ce médicament, uniquement pendant la durée prescrite par votre médecin et ne traitement sans son accord.
- nt sera court. L'arrêt du traitement se fera de façon progressive, actions et/ou en utilisant un médicament de la même famille ns fort ou moins dosé.
- doit être soumise à une stricte surveillance médicale.
- plus de DIPROSALIC, pommade que vous n'auriez dû can ou votre pharmacien.
- SALIC (ou un médicament de la même famille : les corticoïdes en durée supérieure à celle prescrite, un ensemble de troubles on de corticoïde dans le sang (hypercorticisme) peuvent apparaître, lamment la maladie de Cushing, reconnaissable par une prise de et une rougeur du visage.

قارورة 45 مل

14,00



إكزوميدين
محلول

de médicament
- cyrique, destin
- agit sur les m
- le responsable
- certaines mala
- de la peau ca
- épaississeme
- ou violacé
- il provoque un

TONS A CON

mmide :
- ces actives (la
- possants conten

contraints difficilement avec un ecoulement plus ou

une poussée d'acné.

vous oubliez d'utiliser DIPROSALIC, pommade
- appliquez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oublié
- Appliquez.
- vous arrêter d'utiliser DIPROSALIC, pommade

vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez plus
- formalions à votre médecin ou à votre pharmacien.

QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

me tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables
- s ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.
- cas d'utilisation prolongée, les effets indésirables suivants peuvent surveni :
- amincissement et une fragilité de la peau,
- e dilatation de petits vaisseaux sanguins (télangiectasies) à redouter particulièrement
- le visage,
- s végétarres (surtout chez les adolescents),
- à petites taches rouges sur la peau évoluant en bleus (purpura ecchymotique).
- effets indésirables suivants peuvent également survenir :
- s rougeurs et des irritations autour de la bouche (dermatose péri-orale).
- tion ou l'aggravation d'une rosacée (couperose).