

# 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.

## Pathologie 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.

## 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

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



## Maladie

## Dentaire

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6986 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : SERBOUTI Abdellah

Date de naissance : 15/07/1959

Adresse : HAY ALMAZOU et Avenue 135 m 23 N° 14 ATTACHAGE casse -

Tél. : 066 131 874 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

Nature de la maladie : .....

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ..... Le : ..... / ..... / .....



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) :

8

## **RELEVE 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
		6000

## **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
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

#### **Important:**

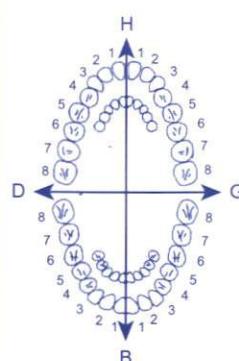
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXÉCUTION
				FIN D'EXÉCUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
	25533412
D	00000000
	00000000
	35533411
	21433552
	00000000
	11433553



#### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

صيدلية سخنون

# PHARMACIE SAHNOUN

## SAHNOUN FATIHA

## Docteur en Pharmacie



## FACTURE

No 100221

Casablanca le : ..... Mr. : Sebouhi Abdelkader

Quantité	Désignation	Prix U.	Prix T.
1	Voltaren ex pd	60,00	60,00
	cette foche Anrete a la sonne de 60,00 DA		

Hay El Walaa Tranche 5 Imm 11 N° 1et3 Bd. Mohammed Zefzaf Sidi Moumen Casablanca  
Patente : 33033336 - R.C. : 242846 - I.F. : 48333104 - CNSS : 2361989 - ICE : 001644641000032

١% ټولطاپارین  
ایمولجیل توبیک

LOT : M0341  
EXP : MAI 2022  
PPV : 60,00 DH

ذلك



- يرجى الإطلاع بانتباه على هذه النشرة بأكملها قبل استعمال هذا الدواء.
  - احتفظ بهذه النشرة، قد تحتاج إلى قرأتها من جديد.
  - إذا كانت لديك أسئلة أخرى، اقصد الصيدلي.
  - لقدر وصف هذا الدواء لا يمكنه تخصيصي، لا تقم بإعطائه لشخص آخر، حتى في حال وجود أعراض مشابهة، لأنك قد سبب الضرر له.
  - في هذه النشرة:
    - ما هو قولطمرين ايموجيل توبيك 1%، جيل وما هي الحالات التي يجب استعمالها فيها؟
    - ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل استعمال قولطمرين ايموجيل توبيك 1%، جيل؟

- كيف يجب استعمال قولطارين ايمولجيل توبيك ١٪ . جيل؟

- ما هي التأثيرات غير المرغوب فيها المحتلة؟
  - كيف يجب حفظ قوطيarian ايموجيل توبيك ١٪، جيل؟
  - معلومات إضافية
  - 1. ما هو قوطيarian ايموجيل توبيك ١٪، جيل وما هي الحالات التي يجب استعماله فيها؟

الفترة الصيدلانية العلاجية

- هذا الدواء مضاد للالتهابات على الجلد، فقط في المنطقة المدواعي الاستعمال  
يوصى هذا الدواء لدى البال والأطفال (التهاب الأنف أو تهاب العصب المفضل، رض.) وفي تخفيف آلام المعرفة الواجبة  
توبيك 1%، جيل؟  
موانع الاستعمال

لا تستعمل أبداً قولطارين أيمو

- ابتداء من 25 أسبوعاً (الحمل):
  - في حالة الحساسية له الالتهابات غير الستيرويدية الأ:
  - في حالة حساسية لأحد الم:
  - على جلد مصاب، على اخت

موبوءة، حرق أو جرح.

- لا يستعمل على الأغشية الم
  - يحتم ظهور مفعه جلدي بع
  - احتياطات الاستعمال
  - تحذيرات خاصة
  - يجب الانتباه عند استعمال ه
  - احتياطات الاستعمال
  - تحذيرات من الضروري

شكل الجيل حاصل بابالعين.



#### تناول أو استعمال أدوية أخرى

- إذا كنت تتناول أو تناولت مؤطرية، أخير الطبيب أو الصيدلي واستعمال الدواء خلال الحمل والرضاعة**

الحمل 24 ج 1

- على طفلك قد تكون لها عواقب  
على الأحوال، يجب عدم استعانته  
ابتداء من الأسبوع 25 من انفصال  
على الطبيب، عند الحاجة، وص

والكلوي، ولو بجرعة واحدة.

- استشيري الطبيب أو الصيدلي  
الرضاعة  
ينتقل هذا الدواء إلى حليب الأم

**الخط** إلى غاية 24 أسبوعاً من انقطاع الطمث (5 أشهر كاملة من الحمل)، قد يتبعين على الطبيب، نجد الحاجة، وصف هذا الدواء بصفة غير منتظمة.  
**المادة** ابتداء من الأسبوع 25 من انقطاع الطمث (بداية الشهر 6 من الحمل)، في أي ديلوكوف الكمية من الأحوال، يجب عدم استعمال هذا الدواء بمضخ إراداته، لأن تأثيراته وكل المكونات على طفله قد تكون لها عواقب خطيرة، ولا سيما على المستوى القلبي والرئوي والكلوي، ولو بجرعة واحدة.  
**المكونات** استشرى الطبيب أو الصيدلي قبل تناول أي دواء.  
**ريتيلان** الرضاعة  
**كاربريل** إنزيبورين  
**إيزينوريل** ينتقل هذا الدواء إلى حليب الأم، من باب الاحتياط، ينبغي تفادى استعماله.