

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

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.

entaire :

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0986 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Serhant Serhant Abdelkader

Date de naissance : 15/07/1959

Adresse : Hay Alain Alaa Tranche 18 Imm 23 N° 14500 II ATTACHASSA
caso

Tél. : 0666181424 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 : 11 MARS 2020

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCUEI

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.

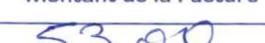
Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

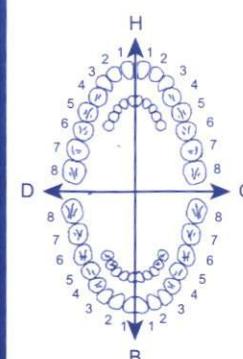
Important :

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

صيغة سخنون

PHARMACIE SAHNOUN

SAHNOUN FATIHA

Docteur en Pharmacie



FACTURE

№ 100228

Casablanca le : Mr : Sebouli' AbdelfKader

Quantité	Désignation	Prix U.	Prix T.
01	Voltmètre pd	63.00	63.00
	celle facture annexe		
	à la somme de 53.00 M.F		
	<i>Parfaitement satisfait</i>		

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

قولطارين 1%

إيمولجييل توبيك

LOT: M0471
EXP: FEB 2022
PPV: 53,00 DH

بنسبة 4% من الجيل. ويطابق ذلك



مدة العلاج
في غياب وصفة طبية، يحدد العلاج في 5 أيام.
طريقة الاستعمال

عن طريق موضعى.
إدخال الجيل بذلك لطيف ومتواصل على المنطقة المولمة أو الالتهابية.
غسل اليدين جيداً بعد كل استعمال، ما عدا في حالة تطبيقه ببنفسك لعلاج
قصاص مؤلم في الأصابع.

الأعراض والتعليمات في حالة جرعة مفرطة
إذا استعملت قولطارين إيمولجييل توبيك 1%. جيل أكثر مما يجب:
في حالة جرعة مفرطة أو تسمم عن طريق الخطأ، ابلغ الطبيب على الفور.
4. ما هي التأثيرات غير المرغوب فيها المحمّلة؟
وصف التأثيرات غير المرغوب فيها

كمثل كافة الأدوية، من المحتمل أن يكون لدواء قولطارين إيمولجييل 1%.
جيل، تأثيرات غير مرغوب فيها، رغم أن ذلك لا يخص جميع الأشخاص.
استثنائياً قد تظهر تفاعلات قد تكون حادة:
• تفاعلات حساسية جلدية: طفح (بثور)، حكة، فقاعات،
• مشاكل تنفسية مثل الربو (تنفس صاخب وقصير، شعور بقدرة تنفسية
محدودة).

• علامات عامة مثل التأق (انتفاخ الوجه، الشفتين، اللسان، الحنجرة).
يجب توقف العلاج فوراً وإبلاغ الطبيب أو الصيدلي.
يشكل شائعاً أكثر، قد تظهر تأثيرات غير مرغوب فيها، عامة ما تكون خفيفة
ومؤقتة:
• تأثيرات موضعية جلدية مثل الاحمرار، تهيج جلدي، تآكل أو تقرحات
موضعية.

يرجى الاطلاع بانتباخ على هذه النشرة بأكملها قبل استعمال هذا الدواء.

- احتفظ بهذه النشرة، قد تحتاج إلى قراءتها من جديد.
- إذا كانت لديك أسئلة أخرى، اقصد الطبيب أو الصيدلي.
- لقد تم وصف هذا الدواء لك بشكل شخصي. لا تقم بإعطائه لشخص آخر حتى في حال وجود أعراض مشابهة، لأنك قد تسبب الفرر له.

في هذه النشرة:
• ما هو قولطارين إيمولجييل توبيك 1%، جيل وما هي الحالات التي يجب
استعماله فيها؟

• ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل استعمال قولطارين إيمولجييل
توبيك 1%، جيل؟

• كيف يجب استخدام قولطارين إيمولجييل توبيك 1% ، جيل؟
• ما هي التأثيرات غير المرغوب فيها المحمّلة؟

• كيف يجب حفظ قولطارين إيمولجييل توبيك 1% ، جيل؟
• معلومات إضافية

1. ما هو قولطارين إيمولجييل توبيك 1% ، جيل وما هي الحالات التي يجب
استعماله فيها؟

الفترة الصيدلانية العلاجية
هذا الدواء ضار للالتهابات ومهدي (يخفف الألم)، على شكل جيل يطبق
على الجلد، فقط في المنطقة المولمة.

دواعي الاستعمال
يوصى هذا الدواء لدى البالغين في حالة التهاب أو تهاب الأعضاء العلوية
والسفلية (التهاب أو تهاب العضلات) في الوزنات بعد عملية أو صدمة (ال扭伤)
المفصل، (رض) وفي تخفيف ألم الفصال في الأصابع والركبتين.

2. ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل استعمال قولطارين إيمولجييل
توبيك 1% ، جيل؟

مواضع الاستعمال
لا تستعمل أبداً قولطارين إيمولجييل توبيك 1% ، جيل في الحالات التالية:
• ابتداء من 25 أسبوعاً من انقطاع الطمث (بداية الشهر السادس من
الحمل):

• في حالة الحساسية لهذا الدواء أو دواء مشابه، وخاصة مضادات
الالتهابات غير الستيرويدية الأخرى، الأسريرين:
• من المفترض أن لا تأخذ المساعدة: