

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

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- La radio émise par le 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.
- Menotte préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, cancérologie, 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 étiquettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Sur les ordonnances, une signature de l'accord du pharmacien doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- Les radios et les résultats de l'analyse de sang doivent être jointes au bordereau de soins et doivent être jointes à l'ordre émis par le praticien.
- Le résultat de l'analyse doit être joint au bordereau de soins pour toute demande par le praticien conseil de l'adhérent.

Optique :

- La facture doit être jointe à la feuille de soins et l'adhérent doit la signer.

Rééducation :

- Le certificat de rééducation ou de réadaptation doit être joint à la feuille de soins.
- Le certificat d'invalidité, l'infirmerie et les ordonnances doivent être jointes à la feuille de soins.

Dentaire :

- Le certificat de prothèse, car de traitement cancéreux, d'accord praticien renseigné sur la feuille de soins et collétoile 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 cancéreux.

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 : spec@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

Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

7389

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre (spécifier) :

RADI HAMID

Date de naissance :

21/07/61

Adresse :

PS 138120

Cadre réservé au Médecin

Prénom du praticien :

Prénom du praticien :

Nom et prénom du malade :

Lieu de naissance :

Ville où la maladie :

En cas d'accident précis le lieu et la date de l'accident et le nom du praticien et de l'assureur et le nom du praticien conseil de la mutuelle.



J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je décide de la publication de la présente déclaration dans les médias sociaux et de la diffusion de mes renseignements personnels.

Fait à :

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
				INP : <input type="text"/>



EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17-12-19	89,-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

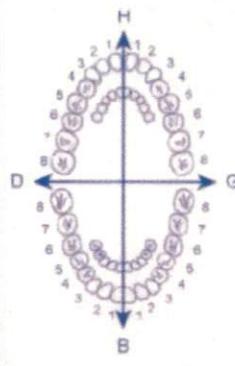
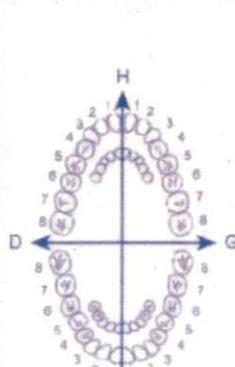
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 l'OD.

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"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	$ \begin{array}{r} H \quad 25533412 \quad 21433552 \\ D \quad 00000000 \quad 00000000 \\ B \quad 00000000 \quad 00000000 \\ \hline H \quad 35533411 \quad 11433553 \end{array} $ <p>[Creation, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

وَصْفَةُ ORDONNANCE

Le 17.12.19

TRANATI Idrissi Petife

89, n

① celebra 200m (Borde de 10)

3 A gelue 1 opstreng
patt 10 mm.

CELEBREX® gélules à 200 mg

Celecoxib

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, contactez votre pharmacien.
- Si vous ressentez des effets indésirables, contactez votre infirmier, mentionné dans la notice.

CELEBREX 200 MG
Boîte de 10 gélules

Lot : 1280248

Date fab : 09/2019 Date exp : 08/2022

PPV : 89,00 DH

1. Qu'est ce que CELEBREX® ?

CELEBREX® est un médicament contre la douleur et l'inflammation. Il est dans le traitement de la douleur aiguë (comme la douleur aiguë causée par l'inflammation) et l'ensemble des symptômes de la maladie de l'arthrite.

2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser CELEBREX® ?

Ne prenez jamais CELEBREX® : • si vous avez déjà eu une crise d'asthme, de l'urticaire ou toute autre réaction allergique en prenant de l'aspirine ou d'autres AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens) • juste avant ou après une intervention chirurgicale.

Cessez de prendre CELEBREX® et appelez votre médecin immédiatement si vous présentez l'un des symptômes suivants :

- nausées. • fatigue ou faiblesse plus prononcée que d'habitude. • diarrhée.
- démangeaisons. • jaunissement de la peau ou des yeux. • diarrhée ou douleurs à l'estomac. • symptômes pseudo-grippaux. • présence de sang dans les vomissements • présence de sang dans vos selles ou elles noires et gluantes comme du goudron. • prise de poids anormale. • éruption cutanée ou cloques accompagnées de fièvre. • gonflement des bras, des jambes, des mains et des pieds.

Si vous prenez plus de CELEBREX® que vous n'auriez dû, consultez un médecin immédiatement. Il existe d'autres effets indésirables possibles liés aux AINS. Pour plus d'informations sur les AINS, adressez-vous à votre médecin ou votre pharmacien.

Appelez votre médecin pour obtenir des conseils médicaux au sujet des effets indésirables.

Autres informations sur les AINS : • L'aspirine est un AINS mais n'accroît pas les risques de crise cardiaque. L'aspirine peut entraîner des saignements au niveau du cerveau, de l'estomac et des intestins. L'aspirine peut également entraîner des ulcères dans l'estomac et les intestins. • Certains AINS sont vendus sans ordonnance à faible dose (vente libre). Demandez l'avis de votre médecin avant d'utiliser un AINS en vente libre pendant plus de 10 jours.

Informations générales pour une utilisation sûre et efficace des AINS

Les médicaments sont parfois prescrits à des fins autres que celles mentionnées dans un Guide de médication. Ne prenez pas d'AINS pour une maladie contre laquelle ils n'ont pas été prescrits. Ne donnez pas d'AINS à d'autres personnes, même si leurs symptômes sont identiques aux vôtres. Cela peut leur nuire. Si vous souhaitez plus de renseignements sur les AINS, consultez votre médecin. Vous pouvez

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef

Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux

20100 CASABLANCA

Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020

INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP : 1121359	N° SEJOUR : 190086103	FACTURE N° 1902024459			DATE D'ENTREE : 17/12/2019		DATE DE SORTIE : 17/12/2019			
ASSURE :					DESTINATAIRE :		JANATI,Idrissi Latifa			
MALADE : JANATI,Idrissi Latifa		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI								
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S. :								
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	N° SE. SOC. ETRANG. :								
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN.	CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 190508 DR FAIK AFAF (RHUMATOLOGUE)			TOTAUX :	150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS			PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
			REMISE :	0.00	REGLE :	150.00			AVOIR:	
			RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 17/12/2019 EDITEE LE : 17/12/2019 PAR: AZEDIN			ACCIDENT DE TRAVAIL :							
VISA			N° DE POLICE :	DATE AT :						
			Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef							
			BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA							
			N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31							

