

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10558

Société : R. AM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MESSAS Med

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06-69 47 21 13

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

20/01/2020

Age : 63

Nom et prénom du malade :

S. M. F. FAKIR

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Refroidissement de corps

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'adhérent de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

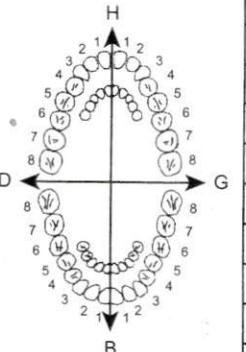
is des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficent	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
1 NOV 2020				<i>MD DOUAGA ABDEL HAZZ Dr. BOUAFIA Médecin agréé pour l'ordonnance Médecin du permis de Conduire Nemma</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
achet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/11/2020	105,70

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
achet et signature du laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficents	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX					
achet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
		AM	PC		

VOLET ADHERENT

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 de l'ODF.																																
	SOINS DENTAIRES <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																												Coefficient DES TRAVAUX
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																												
MONTANTS DES SOINS <table border="1"> <tbody> <tr><td></td></tr> </tbody> </table>																																
DEBUT D'EXECUTION <table border="1"> <tbody> <tr><td></td></tr> </tbody> </table>																																
FIN D'EXECUTION <table border="1"> <tbody> <tr><td></td></tr> </tbody> </table>																																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </tbody> </table>	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	Coefficient DES TRAVAUX															
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																															
	H	H																														
	25533412	21433552																														
	00000000	00000000																														
	D	G																														
	00000000	00000000																														
	35533411	11433553																														
	B	B																														
MONTANTS DES SOINS <table border="1"> <tbody> <tr><td></td></tr> </tbody> </table>																																
DATE DU DEVIS <table border="1"> <tbody> <tr><td></td></tr> </tbody> </table>																																
DATE DE L'EXECUTION <table border="1"> <tbody> <tr><td></td></tr> </tbody> </table>																																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. BOUNAGA ABDELAZIZ

Medecin Assermente

Medecine Générale

Souk Sebt Ouled Nemma

الدكتور بوناكه عبد العزيز

خبير محلف

الطب العام

سوق السبت اولاد نعمة

Souk Sebt, le

07.11.20

سوق السبت، في :

ORDONNANCE

SINIF FATHA

20,00

- Dol grippe 55

15 30

85,70

- OTOSAN Nasel

T. 105,70

Dr. BOUNAGA AbdelaZIZ
MEDECIN ASSERMENTÉ
MEDECINE GÉNÉRALE
SOUK SEBT OULED NEMMA

Pharmacie AL MOUNA
SARL NADA
Dr. FADIR
Dr. Ibn Raoum 63
N°71, Rue 05 22 326263
Tél. 05 22 326263



DoliGrippe®

Paracétamol - Vitamine C - Maléate de Phéniramine

Granulés pour solution buvable en sachet

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Composition du médicament

- Composition qualitative et quantitative en substance active par unité de prise :

Paracétamol	500 mg
Acide Ascorbique (Vitamine C)	200 mg
Maléate de Phéniramine	25 mg

- Composition qualitative en excipients :

Mannitol, acide citrique anhydre, povidone K 30, dicitrate trimagnésium anhydre, aspartame, arôme fruits rouges. Composition de l'arôme : Substances aromatisantes, Rouge Cochenille A E124, Maltodextrine, Eau, Gomme Arabique E414, Acide Ascorbique E300, Triacétine E1518, Sulfate de sodium E514.

- Excipients à effet notoire

Aspartame, Rouge Cochenille A (E124).

Classe pharmaco-thérapeutique ou le type d'activité

DoliGrippe® granulés pour solution buvable en sachet, fait partie d'un groupe de médicaments appelés AUTRES MEDICAMENTS DU RHUME EN ASSOCIATION.

DoliGrippe®

Une

aux

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

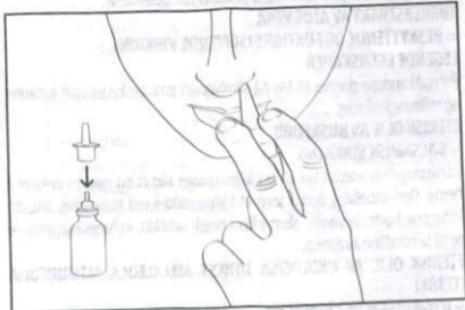
•

</

OTOSAN[®]

NASAL SPRAY

Forte



11

SOLUZIONE IPERTONICA 2,2% DI ACQUA
DI MARE DI BRETAGNA CON ESTRATTI
VEGETALI DI ALOE VERA, RIBES NERO
ED OLI ESSENZIALI DI PINO MUGO,
MELALEUCA (TEA TREE) E LIMONE.

DESTINAZIONE D'USO. Il dispositivo medico Otosan® Nasal Spray è

OTOSAN®

Effetto
Efecto
Abschv
Effet d
Decongestion
ISOPHAR
OTO SAN NASA
85.70 D

OTOSAN®

NATURAL PRODUCTS FOR A BETTER LIFE

batterica (o microbica), Otosan® Nasal Spray induce sollievo e previene le riacutizzazioni.

TOLERABILITÀ. L'assenza di vasoconstrittori e l'azione naturale degli estratti vegetali e degli oli essenziali – di origine biologica – rendono Otosan® Nasal Spray un prodotto ben tollerato, il cui uso frequente non comporta alcuna infiammazione o rischio di "infezione medicamentosa".

ISTRUZIONI PER L'USO. Soffiarsi il naso prima della nebulizzazione. Spruzzare la soluzione in ogni narice con colpi rapidi ed energici inspirando profondamente e tenendo la testa in posizione diritta. Dopo la nebulizzazione inspirare profondamente a bocca chiusa, premendo leggermente col dito indice sull'altra narice, al fine di assicurare una ripartizione della soluzione sull'intera mucosa nasale. Dopo l'uso sciacquare con acqua tiepida il beccuccio e asciugarlo con un fazzolettino di carta. **AVVERTENZE E PRECAUZIONI.** Usare a temperatura ambiente (20°C).

AVVERTENZE E PRECAUZIONI: Usare a temperatura ambiente. Non esporre il flacone a fonti di calore. Non usare su bambini al di sotto di 12 anni. Tenere lontano dalla portata dei bambini. Solo per uso esterno. Evitare il contatto con gli occhi. Non usare in caso di ipersensibilità nota ai componenti. Non utilizzare in caso di ipersensibilità verso molluschi e/o crostacei. Non ingerire. Non usare in modi e per scopi diversi da quelli specificatamente indicati dal fabbricante nelle presenti istruzioni per l'uso. Il flacone è di uso strettamente personale: potrebbe essere un veicolo di infezione. Attualmente non sono conosciute contridindicazioni all'utilizzo dei componenti contenuti in *Otosan® Nasal Spray* in gravidanza o allattamento. In caso di reazioni indesiderate sospendere il trattamento.

EFFETTI COLLATERALI. Attualmente non sono conosciuti effetti collaterali.

MULTI-AZIONE PER UNA PULIZIA PROFONDA DELLE FOSSE NASALI
ED UN EFFETTO DECONGESTIONANTE.

ACQUA DI MARE (CONCENTRATO)

ACQUA DI MARE (CONCENTRATO)
AZIONE IGIENIZZANTE ED EMOLIENTE

L'acqua marina utilizzata nella formulazione proviene dal Mare della Bretagna, la cui composizione è simile a quella del nostro plasma olarmente ricca di sali minerali e oligoelementi per l'organismo. Oltre a pulire le fosse nasali e ad allontanare i malfunzionamenti, l'acqua marina in forma ipertonica favorisce la muoversi.

0 DI RIBES NRO

1

giuto per le sue proprietà lenitive e per la sua azio-

ALOE VERA

RECOVERY
IVA ED IDRANTE

10

essenziale di P Mugo fluidifica il catarrro faciliante. Viene pertanto consigliato come coadiuvante in sinusite, influ, tosse, laringite, bronchiti acute e nei raffreddamenti e nei trattamenti dell'asma.