

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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.

M22- 0029635

AKY327

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0396 Société : R.A.Y.

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : MOUJEB MOhammed.

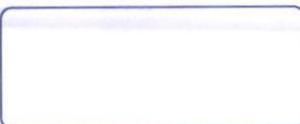
Date de naissance : 01.01.1944

Adresse : 44 El Wahala II Derova.

Tél. : 06.15.96.33.33 Total des frais engagés : 298 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

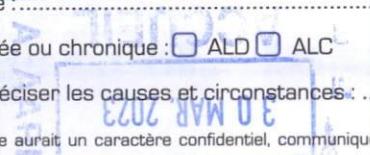


Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Kartoubi Saadia Age: 76

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :



Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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 : Derva Le : 27.1.03.1.2.2023.

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
	27/03/2023	293,50

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

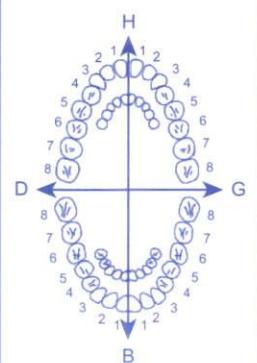
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

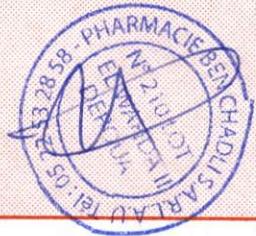
**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# FACTURE № 22



Le 08/03/2023

M MOUJEB

Mohammed

Doit

Quantité	DESIGNATION	P. Unit.	Montant
D5	Tenormine 100 mg cp	52	58,70 293,50
Total = 293,50			
Acceptée la présente facture à la somme de deux cent quatre-vingt treize dinars, et 50 cts			



## Mode et voie d'administration

Voie orale.

Les comprimés doivent être avalés avec une boisson.

## Fréquence d'administration

DANS TOUS LES CAS SE CONFORMER STRICTEMENT A LA PRESCRIPTION MEDICALE.

## Durée du traitement

Dans la majorité des affections, le traitement par bêta-bloquants est prolongé de quelques mois ou années ; c'est votre médecin qui vous précisera la durée du traitement.

DANS TOUS LES CAS SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

**Si vous avez pris plus de TENORMINE 100 mg, comprimé pelliculé sécable que vous n'auriez dû :**

Consultez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien ou l'hôpital.

**Si vous oubliez de prendre TENORMINE 100 mg, comprimé pelliculé sécable :**

En cas d'oubli, prendre dès que possible votre comprimé et poursuivre votre traitement normalement.

**Ne jamais prendre une double dose.**

## 4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

La fréquence des effets indésirables possibles listés ci-dessous est définie selon les conventions suivantes :

- Très fréquent (peut affecter plus d'1 personne sur 10)
- Fréquent (peut affecter 1 à 10 personnes sur 100)
- Peu fréquent (peut affecter 1 à 10 personnes sur 1000)
- Rare (peut affecter 1 à 10 personnes sur 10000)
- Très rare (peut affecter moins d'1 personne sur 10000)
- Indéterminée (la fréquence ne peut être estimée à partir des données disponibles)

**Effets indésirables fréquents :** • des ralentissements du rythme cardiaque (bradycardie), • des refroidissemens des extrémités, • des troubles gastro-intestinaux (y compris diarrhée, nausées, vomissements), • fatigue.

**Effets indésirables peu fréquents :** • des troubles du sommeil, • une élévation du taux de certaines enzymes du foie (transaminases).

**Effets indésirables rares :** • une apparition de tâches pourpres sur la peau (purpura), • une diminution du nombre de plaquettes sanguines (thrombocytopénie), • quantité insuffisante de sucre dans le sang (hypoglycémie), • une altération de l'humeur (incluant la dépression), • des cauchemars, • une confusion, • des troubles psychiques (psychoses et hallucinations), • des maux de tête (céphalées), • des sensations de vertiges, • des sensations anormales du toucher comme des fourmillements (paresthésie), • une sécheresse des yeux, • des troubles de la vision, • une détérioration ou une aggravation d'une maladie du cœur (insuffisance cardiaque), • une chute de la pression artérielle (hypotension orthostatique qui peut être associé à une syncope), • une difficulté à marcher pouvant être aggravée chez

une personne avec des problèmes engourdissements bronches n patients as : • une sécheresse jaunissante intra hépatique réactions d' psoriasis, • recrudescence d'un psoriasis. (des avec des ictus des e) chez les personnes, compris cholestase iveresques éventuellement au

**TENORMINE 100MG  
CP PEL SEC B28**

P.P.V : 58DH70

6 118000 011590

**TENORMINE 100MG  
CP PEL SEC B28**

P.P.V : 58DH70

6 118000 011590

**TENORMINE 100MG  
CP PEL SEC B28**

P.P.V : 58DH70

6 118000 011590

**TENORMINE 100MG  
CP PEL SEC B28**

P.P.V : 58DH70

6 118000 011590

**TENORMINE 100MG  
CP PEL SEC B28**

P.P.V : 58DH70

6 118000 011590

Ce médicament se présente sous forme de comprimé pelliculé sécable. Boîte de 14 et 28.

## Liste I

La dernière date à laquelle cette notice a été révisée est Avril 2019.