

# 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

- 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 : 8462 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : HABITUELLE

Date de naissance : 23/08/1961

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 06 83 25 58 60 Total des frais engagés : 54,00 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 : .....

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 : ..... 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
<i>Pharmacie RIAD AL ANDALOUSI Bis, Rue 19 - ANDALOUSI Tel: 022 50 01 16 CASABLANCA</i>	4/09 2023	54,00

### 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
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

**(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**



# PHARMACIE RIAD AL ANDALOUS

37 bis rue 19 andalous 5 polo

DOCTEUR EN PHARMACIE  
IF 51310622

R.C :308828

Patente:34911394

T.V.A :

C.N.S.S:6413140

Tél :0522500176

Le 04/09/2023

**FACTURE N°328894**

N° ICE : 499950000064

**HAITI MOHAMED**

Qté	Désignation	Prix Public de Vente PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	ASKARDIL 75MG B/30 CPS	22,40	22,40		
2	DOLIPRANE 500 EFF	15,80	31,60	2,07	7,00

Pharmacie RIAD AL ANDALOUS  
37 Bis, Rue 19 - ANDALOUS  
Tél: 022 50.01.76  
CASABLANCA

**TOTAL T.T.C :**

**54,00**

Nbr Articles	TVA 7% Base :	31,60	Montant :	2,07	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	-------	-----------	------	----------------	---------

*Arrêté la présente facture à la somme de :  
Cinquante Quatre Dirhams.*

• un autre médicament à base de ticlopidine ou clo-  
sauf dans certaines situations où votre médecin po-  
clopigodien.  
• un autre médicament à base de benzboromarone

الدواء

le lévothyroxine

metformine (médic-

anagrélide (médic-

recommandé d'at-

teur si vous pren-

ns avec les alime-

t et l'allaitement

laitiez, si vous pren-

ten avant de pre-

rir l'acide acyli-

que ces médicaments s'

int toute la grossi-

ne à faibles doses

assurant une surveil-

lance de votre

mesure de pré-

médecin spécialis-

osseuse (jusqu'à la

sau si c'est abu-

so faible possible

ois jusqu'à la

contre-indiquée,

avoir des consi-

ème avec une sei-

alors que vous

surveillance ad-

maternel, ce médi-

u à votre phar-

matomètre non st-

érile enceinte, si

les fai-

en véhicule ou à

as de phénicétor-

IL\* ?

licament en suivi

me médicinal ou pha-

administration,

E.

né dispersible par

ien de comprimé

par votre médecin

ou votre pharmacie n'est pas

voie orale.

L\* dans un verre d'

le médicament de

oment de la journée

de temps vous dev-

Sans objet.

- Si barre de cassure n'est pas destinée à briser le

surdosage) ou en cas d'ingestion accidentelle

Prévenez rapidement votre médecin, en particulier si

Un surdosage peut être mortel, en particulier chez l'en-

des bourdonnements d'oreille, une sensation de ballon-

dans les cas plus graves de la fièvre, une hypotension

une chute rapide de la tension artérielle, une respiratio-

Si ces signes surviennent, vous devez arrêter immédiatement

un hôpital pour que vous y soyez traité.

Un œdème du poumon non lié à une insuffisance cardiaque avec l'aspirine. Cet œdème peut être mortel.

- Si vous oubliez de prendre ASKARDIL® (Conduite

Ne prenez pas de dose double pour compenser la dos

Continuez votre traitement normalement et prévenez

- Si vous arrêtez de prendre ASKARDIL® (Risque de

Sans objet.

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce

médecin ou pharmacien.

#### 4 - QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES EVENTUELS

Comme tous les médicaments, ASKARDIL® peut provoquer systématiquement chez tout le monde.

Les effets indésirables suivants peuvent survenir :

- douleurs abdominales, difficultés de digestion, brûlures

- inflammation de l'œsophage, de l'estomac, du duodénum

- ulcération de l'œsophage, de l'estomac, du duodénum

pas prendre

fluidifier le sang) si vous avez un

que :

nt d'ulcère de

que :

nt d