

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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.

N° W19-490213

N°D: 13877. *lounien*

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

*AN41*

Société :

*RAF*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

*BOUAFIA TOUNSI*

Date de naissance :

*21/11/69*

Adresse :

*163 KSOUB ASNI 2 DAKSSIFA 1 MAAKUELL*

Tél. : *0666593577 / 0596366031*

Total des frais engagés : *136,80* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

*25 DEC. 2019* Age:

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Cointjoint  Enfant

Lien de parenté :

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 :

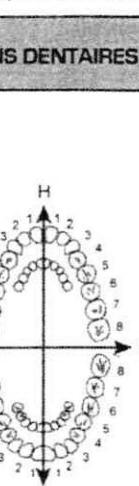
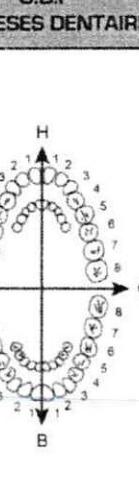
Signature de l'adhérent(e) :

Le : *25/11/2019*

*BOUAFIA TOUNSI*

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
<i>Dr. Pharmacie Centrale</i> Dr. Pharmacie Centrale B. Bld. Mohammed V, 10 Tel.: 05 24 00 00 00 <i>M</i>	<i>95/11/1994</i>	<i>131,20</i>

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																			
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																			
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Nature des Soins</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Coefficient</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>INP :</b> <input type="checkbox"/>															
				<b>Coefficient des travaux</b>															
				<b>Montants des soins</b>															
				<b>Début d'exécution</b>															
				<b>Fin d'exécution</b>															
				<b>O.D.F</b> <b>PROTHÉSES DENTAIRES</b> 	<b>Détermination du coefficient masticatoire</b> <table border="1" style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	<b>Coefficient des travaux</b>	
						H	25533412	21433552											
						D	00000000	00000000											
						B	00000000	00000000											
						G	35533411	11433553											
<b>Montants des soins</b>																			
<b>Date du devis</b>																			
<b>Date de l'exécution</b>																			
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			
<b>ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																			
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																			

PH.CENTRALE GUELIZ

HAIZOUN TARIK

166.AV.MOHAMED V

MARRAKECH

Taxe Profes. N°: 45101632

N° R.C. : 69801

N° I.D.F. : 15271278

N° CNSS : 1536294

Tel : 0524430158

Fax :

MME BANQOUR TOURIA

I.C.E. :

N° ICE 001606462000046

Le : 25/11/2019

FACTURE N°: 1702/19

Qté	Désignation	Prix	Montant
1	BRONCHATHIOL AD SP	31.20	31.20
1	KETUM GEL TUBE DOSEUR/10	100.00	100.00

TVA 7%: 8.58 Total : 131,20

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

CENT TRENTÉ ET UN DIRHAMS ET VINGT CTS

PAYE EN ESPECE

Ste. 166, Bd. Tizi-Ouzou  
Tél: 05 93 01 58

Lisez a  
Elle cor  
médecin  
identiqu

LOT : 7022A  
PER : JUN 2020  
PPV : 100 DH 00

nédica  
avez a  
ment p  
riez a

IDEN  
Comp  
Kétopi  
Excipi  
(carbo)

Fori  
Gel.

Clas  
Anti

Indications, contre-indications, précautions d'emploi  
doit être conservé à une température inférieure à ..... 2,  
d'administration : Voie locale. Faire pénétrer le gel ..... 10,  
ou inflammatoire. Mises en garde spéciales : **Se lave**  
شرة بانتباہ قبل الإستعمال. يجب الاحتفاظ بهذا الدواء في درجة  
لاستعمال: الطريقة المرضعی. يدهن المرهم بتدليك لطيف، على  
بـ غسل اليدين بعثابة بـ كل استعمال.

## DANS

Ce médicament contient un anti-inflammatoire non stéroïdien : le kétoprofène.

- des poussées d'arthrose des petites articulations,
- des tendinites,
- des traumatismes de type entorse bénigne (foulure), contusion,
- des lombalgies,
- des réactions inflammatoires des veines consécutives à une sclérose de var

## ATTENTION!

### DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- à partir du 6<sup>ème</sup> mois de la grossesse,
- antécédent d'asthme à ce médicament ou à un médicament apparenté, nota
- antécédent d'allergie cutanée au kétoprofène ou à l'acide tiaprofénique, a
- solaire ou au parfum,
- antécédent d'allergie à l'un des excipients,
- sur peau lésée, quelle que soit la lésion: lésions suintantes, eczéma, lésion

Pendant le traitement et les deux semaines suivant l'arrêt, ne pas s'exposer au

## Mises en garde spéciales

Ce médicament est réservé à l'adulte (plus de 15 ans), en l'absence de données. L'exposition au soleil (même voilé) ou aux UVA des zones en contact avec le gel peut aussi, il est nécessaire :

- de protéger les zones traitées par le port d'un vêtement durant toute la d
- de procéder à un lavage soigneux et prolongé des mains après chaque u

d'être exposées au soleil.

En cas d'apparition d'une réaction anormale de la peau pendant le traitement : a  
Respecter les conseils d'utilisation :

- ne jamais appliquer une dose supérieure à celle qui est recommandée (Cf.  
la fréquence et la durée de traitement préconisées par votre médecin).

## Précautions d'emploi

- Ne pas appliquer sur les muqueuses, ni sur les yeux.
- Eviter toute application sous pansement occlusif.

## Interactions médicamenteuses et autres interactions

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS A  
TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN

## ELUDIFIAN

# BRONCHATHIOL®

## Carbocisteine 5%

ES, solution buvable après la date

### ANT ADULTS, solution bubble?

ET CONSULTEZ RAPIDEMENT

ANT ADULTES, solution buvable

### Want de prenarde lout meddicament

#### de votre médecine ou

## ADULTE

• A (E124) et peut provoquer

### Sur des réactions allergiques

Digitized by srujanika@gmail.com

SCHOLARSHIP AND INSTITUTIONS

WURS

ULTES, solution buyable.

#### Visites en goutte spéciales

BRONCHIAL ECTASIES

lises en grande spécialités de précurseurs d'empêcheurs, d'intermédiaires,

fortes doses, on peut parfois constater l'apparition de fortes doses, on peut parfois constater l'apparition de

Les deux, ce sont nos deux dernières étapes : l'application des phénomènes digestifs ; gastronomie.