

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## adiologie 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.

## ptique :

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.

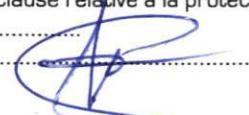
## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

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.



## **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 et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DE LA CHAPELLE</i> <i>PARIS 17<sup>e</sup></i> <i>10, RUE DES SAINTS-PIERRE-ET-PAUL</i> <i>75017 PARIS</i>	<i>20.7.88</i>	<i>207,40</i>

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412   21433552 00000000   00000000 D ————— G 00000000   00000000 35533411   11433553 B			MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

صَدْلَيَةُ سَخْنَوْن

## PHARMACIE SAHNOUN

SAHNOUN FATIHA

Docteur en Pharmacie



## FACTURE

№ 000235

Casablanca le : ..... Mr. : Serbouti Abdelkader

Quantité	Désignation	Prix U.	Prix T.
01	Dunlopston	37,00	
	cell. fac mér. Annette a la stomache de 37,00		

# دولاستان® 500 مغ / 2 مغ

أقراص  
ن 20 قرصاً  
ل / ثيوكوليشيكورزيد

031019 04/24  
PPV: 37DH00

دواء

هذه سلسلة من الأدوية، مسمى المكون الفعال: باراسيتامول، المكون الفعال: ثيوكوليشيكورزيد، المكون الفعال: السواغ.  
 لقد تم وصف هذا الدواء لك بشكل شخصي. لا تقم بإعطائه لشخص آخر، حتى في حال وجود أعراض مشابهة، لأنك قد تسبب المضر له.  
 إذا أصبح أحد الأعراض غير المرغوب فيها خطراً أو إذا لاحظت وجود عارض غير مرغوب فيه غير مذكور في هذه النشرة،  
 تحدث عن ذلك مع الطبيب أو مع الصيدلي.

التركيب، النوعي والكمي:

باراسيتامول .....

ثيوكوليشيكورزيد .....

السواغ .....

قائمة السواغ الذي من الواجب معرفته لاستعمال بدون خطر عند بعض المرضى:

نشا القمح، لاكتوز

الصنف الصيدلي والعلاجي:

ينتمي باراسيتامول إلى مجموعة الأدوية الخاصة للحرارة و مزيل للألم.

ثيوكوليشيكورزيد ينتمي إلى مجموعة أدوية إرتخاء العضلات.

الوصف :

- معالجة الأعراض الناتجة عن آلام العضلات أو الصدمة الروماتيزم بالصدمة وأمراض النساء.  
 - كملاج مساعد أثناء تقلصات مؤلمة :

\* من الأضطرابات التكيسية في العمود الفقري والإضطرابات معاذنة العمود الفقري: صغر وألم الظهر، آلام أسفل الظهر،  
 \* الأضطرابات التنسجية والعصبية (مع التشنج) :

موانع الاستعمال:

لا يجب إستعمال هذا الدواء في الحالات التالية:

- الأطفال أقل من 15 عاماً.

-أشخاص دوسي الصassie لنشأ القمح

- حساسية لباراسيتامول أو لأحد مكونات المنتوج

- حساسية لثيوكوليشيكورزيد

- القصور الكبد

- الحمل والرضاعة

احتياطات خاصة:

- تجنب العلاج لفترات طويلة بالنسبة للمرضى الذين يعانون من ضعف الكبد و / أو مشاكل في الكلى ، وأمراض القلب أو الرئة.

- المرضى الذين يعانون من الصفرع.

- في حال الإصابة بالإسهال، آخر طبيبك.

- لتجنب خطر جرعة زائدة، تتحقق من عدم وجود باراسيتامول في تكون أنواع أخرى من الأدوية.

- الحد الأقصى المقترن:

بالغين والأطفال فوق 50 كغ، يجب عدم تناول 4 جرام يومياً بالنسبة للباراسيتامول.

- لا تتجاوز جرعة الموصوفة

احتياطات الاستعمال:

في حالة الشك، لا تترددوا في استشارة طبيبك أو صيدليكم