

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 :

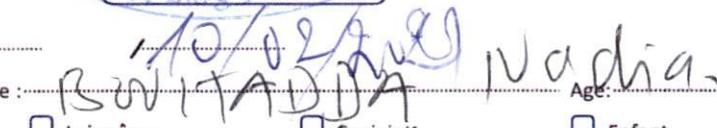
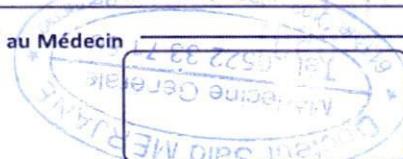
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 10602	Société : GHSAS		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BOUHADDA HAMID			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0624126847		Total des frais engagés :	
Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
 			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 10/08/2021			
Nom et prénom du malade : BOUHADDA Nadia Age : 40			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : maladie de la peau			
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) : _____



ADHERENT

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
10/02/21			150,25	INP : 11112421 INPE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Kadri L. Zineb 24 Bd Mohammed V - BERRECHID Telephone 022.53.36.05	10/02/21	150,25

OC'2000591

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

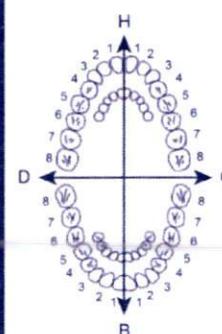
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

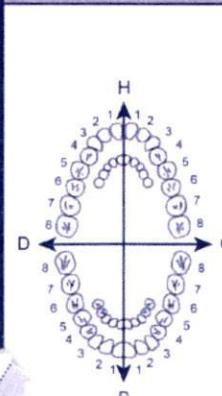
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	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

Coefficient des travaux	
Montants des soins	
Début d'exécution	
Fin d'exécution	

Coefficient des travaux	
Montants des soins	
Date du devis	
Date de l'exécution	

Coefficient des travaux	
Montants des soins	

Docteur Saïd MERJANE
Médecine Générale

61, Rue Omar Ibnou Al Khattab
Berrechid - Tél.: 05 22 33 71 56

الدكتور سعيد مرجان

الطب العام

رقم 61 زنقة عمر ابن الخطاب
برشيد - الهاتف : 05 22 33 71 56

Berrechid le 10 FEV 2021

ORDONNANCE

BANADDA UNDAS.

53rd Y DAKTARIN (S.V.) hvc
24E

22.40

131.90

22.40

1 (اى) X 4 /)

Canaglucan 150mg

98 m

1cp / حبة x 08 days

Y

2 aw u 18.V

34.70

1 5 X 2 / -

Y

5 wkt dws -

Deff/j

Docteur Kadir L. Zineb
22, bd Mohammed V BERRECHID
Téléphone : 022.53.36.05

(S.V.)

J

77.45 P hyxul

52.80 TMS X3/1
de des 2000



Docteur Kadir L Zineb
22, bd Mohammed V - BERRECHID
Téléphone : 022.53.36.05
470.25



LOT 200711
EXP 01/2023
PPV 52.80DH

LOT N°:

UT. AV :

PPV (DH) :

34170

PPV: 98DH00
PER: 05-23
LOT: J1378

Pharmacie 2000
Docteur Kadir L Zineb
22, bd Mohammed V - BERRECHID
Téléphone : 022.53.36.05



LOT : 1015
UT. AV : 04-23
P.P.V : 22 DH 40

UCAN®
FLUCONAZOLE

150 mg

LOT : 1074
PER : 05 - 23
P.P.V : 131 DH 90

eventuels »)

DAKTARIN 2 %, gel buccal doit être administré à distance des repas ou au moins 10 minutes après.

Dans la mesure du possible, il doit être conservé dans la bouche 2 ou 3 minutes avant d'être avalé.

Dans l'indication perlèche, appliquez le gel sur les lésions à traiter avec le bout des doigts, par massage doux jusqu'à pénétration complète.

Risque de suffocation chez les nourrissons et les jeunes enfants

Ce produit doit être administré avec précaution chez les nourrissons et les jeunes enfants (âgés de 4 à 24 mois).

La limite d'âge minimum pour l'administration du produit doit être augmentée à 5-6 mois pour les nourrissons nés prématurés présentant un retard de développement neuromusculaire.

La prudence est nécessaire pour faire en sorte que le gel n'obstrue pas la gorge. Ainsi, le gel ne doit pas être appliqué au fond de la gorge. Chaque dose doit être divisée en petites portions et appliquées dans la bouche avec un doigt propre. Observez le nourrisson/enfant pour détecter une éventuelle suffocation.

Si vous allaitez, n'appliquez pas le gel sur votre mamelon pour traiter votre enfant.

Précautions particulières d'emploi

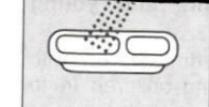
En raison de la présence d'alcool, prévenez votre médecin en cas de maladie du foie, d'épilepsie, ou de grossesse.

Mises en garde

Attention ! Ce médicament contient de petites quantités d'éthanol (alcool), inférieures à 100 mg par dose (22 mg d'alcool dans 2,5 mL de gel).

Autres médicaments et DAKTARIN 2 %, gel

mesure et le tube dans la boîte.



Si vous avez pris plus de DAKTARIN 2 %, gel buccal que vous n'auriez dû

Des signes possibles de surdosage, incluant des vomissements et une diarrhée peuvent apparaître.

Il n'existe pas d'antidote si symptomaticque sera mis e

Consultez immédiatement pharmacien.

Maphar
Km 10, Route Côtier 111,
Qs Zemata Ain sebaa Casablanca
Daktarin gel buccal t40g
P.P.V : 53,00 DH

Si vous oubliez de prendre gel buccal

E 118001 180745

Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose simple que vous avez oublié de prendre.

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.

Si vous ressentez un des effets indésirables suivants, arrêtez de prendre DAKTARIN 2 %, gel buccal et contactez immédiatement votre médecin :

- Gonflement du visage, des lèvres, de la langue ou de la gorge ; difficultés à avaler ; urticaire et difficultés à respirer (angioédème, réactions anaphylactiques).
- Elévation des transaminases (enzymes du foie) qui peut entraîner les symptômes suivants : perte d'appétit, nausées, vomissements, fatigue, douleurs abdominales, jaunisse, urines foncées, et selles décolorées (fréquence indéterminée).
- Une réaction allergique très intense avec des rashs, asthme, éruption cutanée, etc.