

## 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.

N° W21-686222

128158

**Maladie**       **Dentaire**       **Optique**       **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1062 Société :

Actif       Pensionné(e)       Autre :

Nom & Prénom : Mohamed HATLA

Date de naissance : 01/01/1960

Adresse : Bloc 5 N 116 c/1 casablanca

Tél. : 06 49 65 16 83 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Docteur Omar ALAMI**  
Oncologue Radiothérapeute  
INP : 091005751

Date de consultation : 12.1.09. 24

Nom et prénom du malade : Mme HONGRATI H. Lamine Age :

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : affection

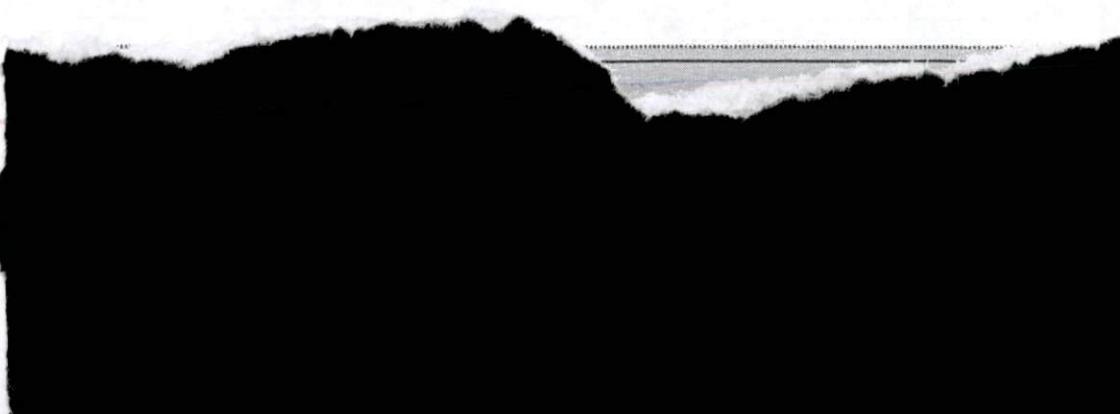
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 Honoraire	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
29-09-22	Q	Docteur <u>Omran JAHIM</u> Oncologue <u>Ryad Oncology Clinic</u> INP : 051005751	Therapeute	INP : 051005751 Signature

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/10/2022	92,60

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																								
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																								
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																								
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																				
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																				
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																				
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																				
				<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b>																				
					<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																			
					<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G	
					H																			
					25533412	21433552																		
00000000	00000000																							
D																								
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
B																								
G																								
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																								
<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																								
<input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/>																								
<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																								
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																								
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																								



**Pr. A. Acharki**

Onco-Radiothérapeute

29.07.22

**Dr. O. Alami**

Onco-Radiothérapeute

**Dr. H. El Boussairi**

Onco-Radiothérapeute

**Pr. A. Benider**

Onco-Radiothérapeute

TPA: Mardi AM / Vendredi AM

**Pr. S. Sahraoui**

Onco-Radiothérapeute

TPA: Lundi AM / Jeudi AM

**Pr. N. Tawfiq**

Onco-Radiothérapeute

TPA: Lundi AM / Mercredi AM

**Pr. N. Benchakroun**

Onco-Radiothérapeute

TPA: Mardi AM / Jeudi AM

**Pr. Z. Bouchbika**

Onco-Radiothérapeute

TPA: Lundi AM / Jeudi AM

**Dr. S. Mouafik**

Onco-Radiothérapeute

**Dr. C. Lahmamssi**

Onco-Radiothérapeute

**Dr. A. Iraqi**

Onco-Radiothérapeute

Mme Joudi Hachmi

43,00

Algantil gel

une a//

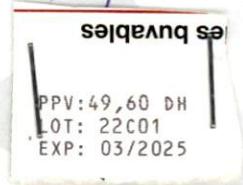
49,60

D. a// f:

une amp/150

23

92,60



Docteur Omar ALAMI  
Oncologue Radiothérapeute  
INP : 091005751  
Ryad Oncologia Clinic

appliquer un massage doux et prolongé, sur la région douloureuse ou inflammatoire. Attendez au moins 15 minutes après chaque utilisation.

Utilisez Algantil® gel au maximum 5 jours en l'absence de prescription médicale.

#### INSTRUCTIONS EN CAS DE SURDOSSAGE

Ne pas dépasser la dose recommandée. Ne pas appliquer plus de Algantil® gel que vous n'auriez dû : 100 mg (10 ml) directement à l'eau.

#### INSTRUCTIONS EN CAS D'OMISSION D'UNE OU DE PLUSIEURS DOSES

Si vous avez oublié d'appliquer Algantil® gel :

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

#### EFFETS NON SOUHAITES ET GENANTS

COMME TOUT PRODUIT ACTIF, CE MEDICAMENT PEUT, CHEZ CERTAINES PERSONNES, ENTRAINER DES EFFETS PLUS OU MOINS GENANTS, LE PLUS SOUVENT DE NATURE BENIGNE ET TRANSITOIRE

Comme tous les médicaments, Algantil® gel est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet :

- Exceptionnellement, peuvent survenir des réactions allergiques :
  - cutanées,
  - respiratoires de type crise d'asthme,
  - générales.

Dans tous ces cas, il faut immédiatement arrêter le traitement et avertir votre médecin.

- Peuvent survenir également :
  - des effets locaux cutanés de type rougeurs, démangeaisons,
  - d'autres effets généraux des anti-inflammatoires non stéroïdiens, fonction de la quantité de gel appliquée, de la surface traitée et de son état, de la durée de traitement et de l'utilisation ou non d'un pansement fermé.

Dans tous ces cas, avertir votre médecin.

Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si certains effets indésirables deviennent graves, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

#### CONSERVATION

A conserver à une température inférieure à 30 °C.  
CONDITIONS DE DELIVRANCE

Pas de tableau

#### DATE DE LA DERNIERE REVISION DE LA NOTICE

Mars 2013

Ceci est un médicament

Un médicament n'est pas un produit comme les autres

Il vous concerne, vous et votre santé

Le médicament est un produit actif

Une longue recherche a permis de découvrir son activité mais son absorption n'est pas toujours sans danger

Il ne faut jamais abuser des médicaments

Il ne faut utiliser les médicaments qu'à

Utilisez les médicaments prescrits par

Il sait quels sont les médicaments de

Exécutez exactement les prescriptions

l'interrompez pas, ne le reprenez pas

Votre pharmacien connaît les médicaments

Il ne s'agit pas pour vous de prendre

Il s'agit pour vous de prendre le

NE LAISSEZ PAS LE

**ALGANTIL®**

PPU 43DH00  
EXP 01/2024  
LOT 00068 1

**GEL**  
POUR APPLICATION LOCALE

Laboratoires de Produits

LAPROPHAN S.A. 21, Rue des

200110F56014P060613