

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 : 6986 Société : Retrite RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SERBOU TI Abdellah

13343A

Date de naissance : 1959

Adresse :

Tél. : 06 66 13 14 74 Total des frais engagés : 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 :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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) : SI

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 Signature du Fourmeisseur	Date	Montant de la Facture
	12/5/29	49.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

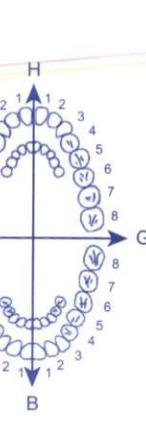
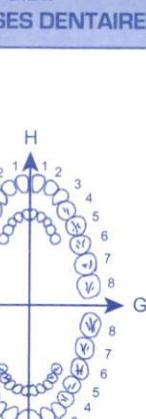
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la *derit* 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												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <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;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

صيدلية سحنون

PHARMACIE SAHNOUN

SAHNOUN FATIHA

Docteur en Pharmacie



FACTURE

N° 000151

Casablanca le, : 12/9/22 Mr. : SERBOU TI' Abdal Kader

Quantité	Désignation	Prix U.	Prix T.
01	Anh. - ole	12.60	
01	ponosph	12.30	
01	Dolip	14.60	14.60
	elle forte		
	de 149.00		

Dol 1000 mg

Doliprane® 1000 mg

Veutillez lire attentivement cette notice car elle contient des informations importantes pour vous. Ce médicament est disponible sans ordonnance et vous permet donc de rejoindre des modalités bénéfiques sans faire d'enfant. Néanmoins, vous devrez utiliser Doublet 1000 mg, comme préféreraient de la plupart des médecins, afin d'en obtenir le meilleur résultat. Gardez cette notice, vous pourrez avoir besoin de la lire à nouveau. Si vous avez besoin de plus d'informations de ce conseil, adressez vous à votre pharmacien. Si les symptômes s'aggravent ou persistent après 5 jours, consultez un médecin.

QU'EST-CE QUE DOLUPRANE 1000 mg, COMPRIME EFFERVESCENT
EST-CE QUE DANS CES CAS EST-il URGENT ?

processus de déclirement, dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant la grossesse ainsi qu'en cas d'oléothérapie.

ce médicament comme un paracétamol à autres médicaments en combinaison. Ne pas associer pas, dans de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée (cf. chapitre "Posologie").

Wisez en grade

Si la douleur persiste plus de 3 jours ou si l'hévéa plus de 3 jours, ne pas continuer le traitement sans avis de votre médecin. En cas de réaction allergique, arrêter immédiatement l'utilisation et consulter votre médecin avant de prendre du sodium: 408 mg par comprimé. En cas de maladie grave du foie ou des reins, il est nécessaire de consulter votre médecin avant de prendre du paracétamol.

09/11
DOUPRANE 1000 mg, COMPRIME EFFERVESCENT

modèle grave du loie,
enfants de moins de 15 ans.

Le paquet contient 100 comprimés effervescents de 1000 mg de DOLUPRANE.

INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE PRÉNDRÉ
DOPPANE 1000 mg COMPRIMÉ EFFERVESCENT

Pour les enfants de moins de 15 ans, il existe d'autres préconisations médicales ou à votre déterminer.

Le présent document est réservé à l'éditeur (ou à toute autre personne désignée par l'éditeur) et ne peut être reproduit, en tout ou en partie, sans l'autorisation écrite de l'éditeur.

Cette maladie est le résultat d'un défaut de fonctionnement du système immunitaire qui empêche l'organisme de reconnaître et de combattre les cellules cancéreuses.

QU'EST-CE QUE DOLUPRANE 1000 mg, COMPRIME EFFERVESCENT

