

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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 : 2389

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENSALEM IDRIS

Date de naissance : 18.02.1955

Adresse : 7, Rue d'augustine Q. Gauthier

Tél. : 0662472089

Total des frais engagés : 37,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Achats libres

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Le : 13/11/2023



RELEVÉ 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

A large red rectangular stamp is present at the top of the page, covering the header and part of the first section. It contains faint, illegible text and a large, stylized signature.

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/11/23	37.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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 l'ODP.

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>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	25533412	21433552												
	00000000	00000000												
	<hr/>													
	00000000	00000000												
	35533411	11433553												
				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														



PHARMACIE CAMILLE
LEMSEFFER MOUNIA

Page :1

FACTURE

N° FACTURE :292329
Date :13/11/2023

Client :
MR BENSALEM IDRIS

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
DOLIPRANE 1G / 10 COMP SIMPLE	1	14.00	14.00
PANSORAL GEL BUCCAL BEBE	1	23.00	23.00

Total TTC = 37.00

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : TRENTE-SEPT DHS

Bon rétablissement

PANSORAL

Salicylate de choline, chlorure de cétalkonium

Gel pour application buccale

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament. Elle contient des informations importantes pour votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.
- Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez un médecin.
- Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un des effets mentionnés comme étant grave, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE PANSORAL, gel pour application buccale ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?
 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER PANSORAL, gel pour application buccale ?
 3. COMMENT UTILISER PANSORAL, gel pour application buccale ?
 4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
 5. COMMENT CONSERVER PANSORAL, gel pour application buccale ?
 6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES
 1. QU'EST-CE QUE PANSORAL, gel pour application buccale ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?
- PREPARATIONS POUR LA STOMATOLOGIE/AUTRES

AGENTS POUR TRAITEMENT LOCAL (A01AD11).

(A: Appareil digestif et métabolisme).

Ce : **PANSORAL**
d'ap : **GEL BUCCAL T15G** 
infla : **P.P.V : 23DH00**
2. (**COI**
gel 6 118000 012078

N'utilisez jamais PANSORAL, gel pour application buccale dans le cas suivant :

- antécédents d'allergie aux médicaments salicylés (aspirine.)

EN CAS DE DOUCE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE SPECIALISTE DENTAIRE.

Faites attention avec PANSORAL, gel pour application buccale:

Mises en garde spéciales

CE MEDICAMENT EST RESERVE A L'ADULTE.

En l'absence d'amélioration au bout de quelques jours, consultez votre spécialiste dentaire. En effet, une irritation due à votre prothèse peut nécessiter une adaptation de celle-ci et l'application de ce traitement ne constitue qu'un geste d'attente.

ATTENTION, CE MEDICAMENT CONTIENT 39 G D'ALCOOL POUR 100 g.

Précautions d'emploi :

EN CAS DE DOUCE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE SPECIALISTE DENTAIRE.

Utilisation d'autres médicaments

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Grossesse et Allaitement

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

Liste des excipients à effet notable: Alcool.

3. COMMENT UTILISER PANSORAL, gel pour application buccale ?

11 / 11

Grossesse et allaitement : Le Paracetamol, dans les cas la grossesse ainsi qu'en cas

Ce médicament contient du paracetamol. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée (cf. chapitre "Posologie").

Mises en garde : En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une dose trop élevée, consultez immédiatement votre médecin.

En cas de maladie grave du foie ou des reins, il est nécessaire de consulter votre avis de votre médecin.

Si la douleur persiste plus de 5 jours ou si la fièvre plus de 3 jours ou en cas d'efficacité insuffisante ou de survenue de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans avis de votre médecin.

1000 mg, COMPRIME : Précautions Particulières :

PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE®

Ne pas prendre DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé dans les cas suivants :
Contre-indications : allergie connue au paracétamol, maladie grave du foie, enfant de moins de 15 ans.

QUELLES SONT LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE PRENDRE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIME ?

Pour les enfants de moins de 15 ans, il existe d'autres présentations de paracétamol. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

Cette présentation est réservée à l'adulte (à partir de 15 ans) : faire attention mentalement à l'adulte "Pérosologie". Pour les enfants de moins de 15 ans, il existe d'autres présentations de la catéholamine

telles que malax de tête, élastogrippaux, douleurs dentaires, courbatures, rythmopathies, douleurs. Il peut également être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose.

Ce médicament contient du paracétamol

mais aussi des compositeurs sort ; croscam
mais préféreraient une acide stéarique (orig
PER:01/25

DOLIPRANE @ 1000 mg, comprimé

KARACETAMOL

Doliprane® 1000 mg