

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M23-2020011

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0009207 Société : 181903
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Arche Chama
Date de naissance : 07/06/1959
Adresse : Hay Hassani mazala rue 7 immeuble 48
Casablanca
Tél : 0677622655 Total des frais engagés : #448,8X Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 01/11/2023
Nom et prénom du malade : Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Néphrologie
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) :

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
			30010	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	1-11-23	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

RELÈVE 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

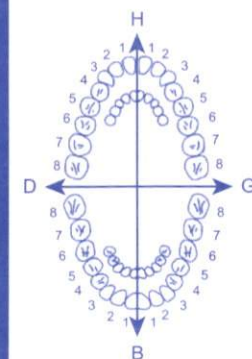
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



CCEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
DATE DU DEVIS	<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

Ryad
Oncologia Clinic



مصحة
الرياض للأونكولوجيا

Pr. Nadia BENCHAKROUN
Onco-Radiothérapeute
INP 091026427

Arche Chaume

496093
Tél: 0522 90 21 67 - Casa
58, Route Mly Thami Hay Hassani
Dr. TIR Abdelaziz

PHARMACIE POLYCLINIQUE

148.80

Handwritten signature

Pr Nadia BENCHAKROUN
Onco-Radiothérapeute
INP 091026427

PHARMACIE POLYCLINIQUE
Dr. TIR Abdelaziz
58, Route Mly Thami Hay Hassani
Tél: 0522 90 21 67 - Casa

دسكير قوي 100 000 وحدة دولية،

محلول للشرب، علبة من 3 أمبولات.

كوليكالسيفيرول (فيتامين D3).

- يرجى قراءة هذه النشرة بالكامل قبل تناول هذا الدواء لأنها تحتوي على معلومات مهمة.
- يجب عليكم دائماً تناول هذا الدواء بالتحقق من المعلومات الواردة في هذه النشرة أو حسب إرشادات الطبيب أو الصيدلي.
 - احتفظوا بهذه النشرة قد تحتاجون لقراءتها مرة أخرى.
 - أصلوا بالصيدلي للحصول على المزيد من النصائح والمعلومات.
 - إذا أحسستم بأي آثار جانبية أو إذا لاحظتم آثاراً أخرى غير مدرجة في هذه النشرة، فتحدثوا إلى الطبيب أو الصيدلي.
 - يجب الاتصال بالطبيب إذا لم تشعروا بأي تحسن يذكر.

محتويات النشرة :

1. ما هو دسكير قوي ومتى يتم استعماله ؟

PPV:49,60 DH
LOT: 23C29
EXP: 03/2026

الصفحة الأولى العالجي:

الفيتمينات

دواعي الاستعمال:

يستعمل دسكير قوي 100 000 وحدة دولية للعلاج الأولي لنقص الفيتامين (د)

2. ما هي المعلومات التي يجب معرفتها قبل استعمال دسكير قوي ؟

لا تستخدموا هذا الدواء:

برول أو لأي سواغ آخر من سواغات الدواء (انظر الفقرة 6)

PPV:49,60 DH
LOT: 23C29
EXP: 03/2026

الكالسيوم في الدم) و / أو

الكالسيوم في البول.

مدرقية (اضطراب في عملية استقلاب هرمون الغدة الجنب درقية)، لأن الحاجة للفيتامين (د) قد تنخفض خلال فترات الحساسية

الجرعة الزائدة المزمن. مشتقات الفيتامين (د) تكون موجودة في هذه الحالات.

• إذا كان لديكم استعداد لتكون حساسات الكلى التي تحتوي على الكالسيوم.

• إذا كان لديكم فرط الفيتامين (د).

تحذيرات خاصة واحتياطات الاستعمال:

• إذا كنتم لديكم اضطرابات في إفراز الكالسيوم والفوسفات في البول.

• إذا كنتم تتعالجون بمشتقات البنزوديازيبين (التي تستخدم لتحفيز إفراز البول).

• لخطر زيادة الكالسيوم في الدم وزيادة الكالسيوم في البول.

لر إلى مخاطر تحول فيتامين (د) إلى مستقبله النشط. في هذه الحالة، فإنه من الضروري مراقبة نسبة الكالسيوم في الدم و في

أية استقلاب الكالسيوم والفوسفات عند المرضى الذين يعانون من الفشل الكلوي.

(د) عند استعمال الأدوية التي تحتوي على هذا الفيتامين.

السوم يجب أن يتم تحت إشراف طبي. في هذه الحالة، يجب فحص مستوى الكالسيوم في الدم والبول.

الحكم في مستويات الكالسيوم في الدم والبول ووظيفة الكلى، من المستحسن قياس الكرياتينين في مصل الدم.

من الذين يتلقون العلاج بواسطة الكليوكسيدات القلبية (التي تستخدم لتحفيز وظيفة القلب) أو مدرات البول (التي تستخدم لتحفيز

PPV:49,60 DH
LOT: 23C29
EXP: 03/2026

هذا الفيتامين

إفراز البول.

في حالة ظهور زيادة تكلسيوم الدم أو علامات الفشل الكلوي، ينبغي تخفيض الجرعة أو وقفها. من الضروري خفض الجرعات أو وقف العلاج مؤقتاً إذا تجاوزت نسبة

الكالسيوم في البول 7.5 ملل/24 ساعة (300 مع/24 ساعة).

تفاعلات الدواء:

التفاعل مع الأدوية الأخرى :

لا تتسوا أن تحضروا الطبيب أو الصيدلي إذا كنتم تستعملون أو استعملتم مؤخراً أي أدوية أخرى، بما في ذلك الأدوية التي تم الحصول عليها دون وصفة طبية.

إن الاستخدام المتزامن للدواء مع الفيتامينات (علاج الصرع) أو الباربيتورات (لعلاج الصرع واضطرابات النوم أو للتخدير) قد يقلل من تأثير فيتامين (د).

مدرات البول الثيازيدية (مثل المشتقات البنزوتيازيدية) والتي تعجز إفراز البول يمكن أن تسبب فرط كالسيوم الدم (زيادة الكالسيوم في الدم) لأنها تقلل من الإفراز الكلوي

للكالسيوم. وبالتالي، فمن الضروري مراقبة مستويات الكالسيوم في الدم والبول خلال مدة العلاج لفترات طويلة.

كما أن الاستخدام المتزامن للدواء مع الكليوكورتيكويدات (التي تستخدم لعلاج بعض أمراض الحساسية) قد يقلل من تأثير فيتامين (د).

إن خطر حدوث الآثار الجانبية يزداد عند المرضى الذين يتناولون الكليوكورتيكويدات القلبية (التي تستخدم لتحفيز وظيفة القلب) وذلك بسبب زيادة الكالسيوم في الدم خلال فترة

العلاج بالفيتامين (د) (خطر عدم انتظام ضربات القلب). وينبغي إجراء تخطيط للقلب ومراقبة مستويات الكالسيوم في الدم والبول.

الرضا: يتم إفراز الفيتامين (د) ومشتقاته في حليب الأم. لم تلاحظ قط أعراض الجرع الزائدة في هذه الحالة.

النتائج المحتملة للدواء على الفترة على قيادة السيارة : لا توجد أي احتياطات خاصة.

التفاعل مع الطعام و الشراب :

غير متوفرة.

تناول الدواء أثناء الحمل والرضاعة

يجب استشارة الطبيب أو الصيدلي قبل تناول أي دواء.

• الحمل : لا ينبغي إعطاء الدواء للنساء الحوامل إلا عند الضرورة القصوى فقط بجرعات ضرورية للغاية لإزالة النقص. ينبغي تجنب الجرعات الزائدة من فيتامين (د)

عند النساء الحوامل، لأن زيادة الكالسيوم في الدم وفترات طويلة قد تسبب تأخرًا بنينا وعقليًا لدى الأطفال، بالإضافة لأمراض القلب الخلقية وأمراض العيون .

• الرضاعة : يتم إفراز الفيتامين (د) ومشتقاته في حليب الأم. لم تلاحظ قط أعراض الجرع الزائدة في هذه الحالة.

النتائج المحتملة للدواء على الفترة على قيادة السيارة : لا توجد أي احتياطات خاصة.

لا توجد أي احتياطات خاصة.

تعمل دسكير قوي