

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

197486

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : Q 5 095

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ÉL AMINE SALHA

37 - 10 - 1959

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0668.97.52.26 Total des frais engagés : 3 92,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/01/2024

Nom et prénom du malade : EL amine Salha Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : Casab

Le : 29/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :



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
29/01/24	✓	✓	G	FLAMINE Gissama Signature Médicale An Côte d'Ivoire INPE : 0101474

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE CHAHLA CHEIKH SARL Dr DIANI ABDI N°500 LOTS HA 1A 2 3 4 5 6 7 8 9 10 AIN CHOUDHOURY CASABLANCA TÉL: 0524 7 33 30 FAX: 0524 7 33 30 S.M. 62920260	29/01/24	PHARMACIE CHAHLA CHEIKH SARL Dr DIANI ABDI N°500 LOTS HA 1A 2 3 4 5 6 7 8 9 10 AIN CHOUDHOURY CASABLANCA TÉL: 0524 7 33 30 FAX: 0524 7 33 30 392,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

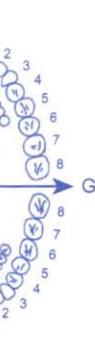
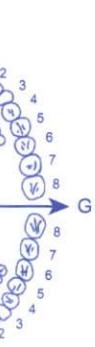
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient des travaux
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le : 29/01/24

Ordonnance

Sexe : H F

Nom/Prénom : El amine Salo

Age : 64

- Cétauge 80 / 12,5
140/j AS  153,00
- Sac 40 AS  Dr DIANI Abdellah
N°600 LOTS HATIRA / AV. 200DS
AIN CHOK K 7 SAPLATYA
GSM 063 43 37 47 - FIX 0508 57 16 30 226,00
- levodihydro 50
140/j AS  13 UP
Tot 392,40

Dr. EL AMINE Oussama
Préfecture Médicale Ain Chok
INPE: 91014134



Dénomination du médicament :

COTAREG®

80/12.5 mg, 160/12.5 mg, 160/25 mg

Comprimés pelliculés. Boîte de 28.

Valsartan / Hydrochlorothiazide



Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'information à votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Que contient cette notice :

1. Qu'est-ce que COTAREG et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre COTAREG ?
3. Comment prendre COTAREG ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver COTAREG ?

1. Qu'est-ce que COTAREG et dans quel cas est-il utilisé ?

COTAREG contient deux substances actives complémentaires, qui influencent le système régulant la pression artérielle dans l'organisme. Il s'agit d'une part du valsartan qui produit une baisse de la pression en dilatant les vaisseaux sanguins, et de l'hydrochlorothiazide qui réduit la teneur de l'organisme en chlorure de sodium (sel) et en eau en augmentant l'excréition urinaire.

LEVOTHYROX® comprimé sécable

Lévothyroxine sodique, Voie orale



\ 6 118001 102013
 i Levothyrox® 50µg,
 Comprimés sécables B/30
 7862160336
 PPV: 13,40 DH

gralité de cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations

7862160336
iez avoir besoin de la relire.

, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.

- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

Que contient cette notice :

1. Qu'est-ce que LEVOTHYROX, comprimé sécable et dans quels cas est-il utilisé ?
 2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre LEVOTHYROX, comprimé sécable ?
 3. Comment prendre LEVOTHYROX, comprimé sécable ?
 4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
 5. Comment conserver LEVOTHYROX, comprimé sécable ?
- de l'emballage et autres informations

L'association de Lévothyrox à des antithyroïdiens dans le traitement de l'hyperthyroïdie n'est pas recommandée au cours de la grossesse. En effet, l'administration de Lévothyrox à des femmes enceintes peut entraîner des anomalies chez le fœtus.

les a

risq