

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

biologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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

Nº P19- 067320

ND 31 841

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1062

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HALA

ned.

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 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 :

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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

Nº P19-067320

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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.

Education :

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

clamation : contact@mupras.com
se en charge : pec@mupras.com
nésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

S garanti le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01.06.2 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HATLA MOHAMED

Date de naissance : 1940 / 01 / 01

Adresse : Bloc 05 n° 116 C.D Casa

Tél. : 06.49.65.16.23 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Dr Youssef EL AITAR
Gastro-entérologue
109, Bd DRISS EL HARRI
CASA - Tél : 0522 37 37 83*

Date de consultation : 04/01/2009

Nom et prénom du malade : Seuk Rifi Halima Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Douleur abdominale

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 Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
04/08/2018	Q2	.	300.00	Dr Youssef EL MARTI Gastro-entérologue 109, Bd DRISS EL MARTI CASA - Tél: 0524 37 83

~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

EXECUTION DES ORDONNANCES		Montant de la Facture
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur		136.70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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'ODI.

Docteur Youssef EL ATTAR

Spécialiste en Gastro-entérologie & Hépatologie
(Estomac, Intestins, Foie, Hémorroïdes)

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Ex. Attaché des Services de
Gastro-entérologie des Hôpitaux de Paris

Ex. Gastroentérologue de l'Hôpital
Militaire Moulay Ismaïl - Meknès

- ♦ ECHOGRAPHIE
- ♦ FIBROSCOPIE
- ♦ PROCTOLOGIE

Casablanca, Le :



4/06/2020

الدكتور يوسف العطار

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي
(المعدة، الأمعاء، الكبد والبواصير)

خريج كلية الطب بباريس

سابقاً داخلي وملحق
بمستشفيات الجهاز الهضمي بباريس
طبيب سابقاً بقسم الجهاز الهضمي
بالمستشفى العسكري مولاي إسماعيل مكتان

- ❖ الفحص بالأشعة فوق الصوتية
- ❖ الكشف الداخلي للجهاز الهضمي
- ❖ جراحة المخرج

الدار البيضاء،

5830

Mme. SOUNKARATI Halima ep HATLA

Regafloor 160

SV

avant les UPS

9250

uprodij

SV

après les UPS

5770

uprodij

SV

avant UPS

3/ Bedelij.

Bedelij.

2820

Isachetpah

SV

après les UPS.

40

Sulpij. 24

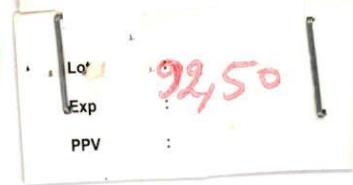
Sulpij. 24

23670

① : C. 05 22 37 37 83 - Email : y-elattar@hotmail.com

109، شارع إدريس الحارثي - ابن امسيلك سيدي عثمان - الطابق الثاني - الدار البيضاء
109, Bd. Idriss El Harti-Ben M'sik Sidi Othmane-2ème étage - CASABLANCA

92,50



28,20

28,20





P.P.V : 570H70

118000 010234

الطبيب أو الصيدلي.
عامة الجرعة الاعتيادية عن

• **البالغون:**

معدل 3 أكياس في اليوم.

• **الأطفال:**

- قبل سنين: ½ كيس مرة أو مرتين في اليوم؛

- من 2 إلى 5 سنوات: ½ كيس 2 إلى 3 مرات في اليوم؛

- من 5 إلى 10 سنوات: 1 كيس مرتين في اليوم.

يجب تذويب محتوى الكيس في نصف كأس من الماء أو من же يغذاء
ompote

سائل مثل العصيدة (la bouillie) ، مزيج الفواكه (purée)، الخ.

مسحوق البطاطس (potato), الخ.

إذا نحصلك الطبيب باستعمال بيديليكس عن طريق الشرج
في هذه الحالة، استعمل 1 إلى 3 أكياس من بيديليكس مرة إلى 3 م

في اليوم.

يجب تذويب محتوى الكيس أو الأكياس في 100 مل من الماء الدافئ
أدخل المسحوق المستعلق المحضر في الشرج بواسطة المحققنة الشرج

وثير العلاج

يجب عليك تناول بيديليكس بين الوجبات أو قليلاً قبلها.

مدة العلاج

سيخبرك الطبيب كم تستغرق المدة الزمنية لتناول هذا الدواء. إذا
لديك أستلة أخرى عن استعمال هذا الدواء، اطلب المزيد من المدة

من الطبيب أو الصيدلي.

إذا تناولت بيديليكس، مسحوق المستعلق للشرب في كيس أكد

يجب:

قد تظهر جرعة مفرطة لدى الطفل بالفقيه: إذا منحت بيديليكس أكد

يجب، قم بزيارة الطبيب.

4. ما هي التأثيرات غير المرغوب فيها المحتملة ؟

كمثل كافة الأدوية، قد يكون لدواء بيديليكس، مسحوق المستعلق لـ

في كيس لدى بعض الأشخاص تأثيرات غير مرغوب فيها، رغم أن

تخص جميع الأشخاص:

التأثيرات غير المرغوب فيها هي: طفح جلدي، وذمة كويك، حكة وـ

إذا لاحظت تأثيرات غير مرغوب فيها لم تذكر في هذه النشرة،
أصبحت بعض التأثيرات غير المرغوب فيها خطرا، اخبر الطبيب

الصيدلي بذلك.

2. ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل تناول بيديليكس.

مسحوق المستعلق للشرب في كيس ؟

إذا أخبرك الطبيب بعدم تحمل بعض السكريات، اتصل به قبل

تناول هذا الدواء.

لا تتناول بيديليكس، مسحوق المستعلق للشرب في كيس:

إذا كانت لديك حساسية إتجاه المادة الفعالة (مونتوريونيت

بيديليتك) أو إتجاه أحد مكونات بيديليكس (توجد لاتحة

المكونات في الفقرة (6).

إذا كنت تعاني من مرض يسبب في تقلص القناة الهضمية.

يجب الانتباه عند استعمال بيديليكس، مسحوق المستعلق

للشرب في كيس:

إذا كنت خاصعاً لغسيل كلوي ، هذا يعني أن الكليتان لا تؤديا

وظيفتهما على نحو جيد، وسيكون من الصعب عليهم طرح

هيدروكسيد الأمونيوم الموجود في هذا الدواء. في هذه الحالة، لا

يجب تناول هذا الدواء لمدة طويلة بدون استشارة الطبيب.

يُنصح بعدم استعمال هذا الدواء لدى المرضى الذين يعانون من

متلازمة سوء امتصاص غلوكوز غالاكتون.

تناول أدوية أخرى

يجب ترك فاصل زمني بين تناول بيديليكس ودواء آخر لتجنب

تقليل فعالية العلاج الآخر.

إذا كنت تناولت أو تناولت مؤخراً دواء آخر، بما فيه الأدوية بدون

وصفة طبية، اخبر الطبيب أو الصيدلي.

الأغذية والمشروبات

يجب تناول بيديليكس بين الوجبات أو قليلاً قبلها.

الحمل والرضاعة

يجب استعمال هذا الدواء بكل حيطة خلال الحمل والرضاعة.

بصفة عامة، إذا كنت حاملاً أو ترضعين، استشيري دائماً الطبيب

أو الصيدلي قبل تناول أي دواء.

لاتحة السواغات ذات فعالية معروفة:

غلوكوز، ساكارين صودي.

3. كيف يجب استعمال بيديليكس، مسحوق المستعلق للشرب في كيس ؟

الجرعات

احترم دائماً الجرعة التي يصفها طبيبك. في حالة الشك، استشير

