

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

N° W19-524580

ND: 35989

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8243			
Société : R.A.M			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : RI.AHI HADJ			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0669997265		Total des frais engagés : _____ Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 02/06/2020			
Nom et prénom du malade : Ri.Ahi AYNAE Age: _____			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Hemangiome + fissure Ama			
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 ADHERENT	
Déclaration de maladie N° W19-524580	
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 : _____

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
02/06/2020		5	256,00	INP 10/06/2020 Dr El. Chahed Médecin des Forces Armées
03/06/2020	Control		0	INP 10/06/2020 Dr El. Chahed Médecin des Forces Armées
05/06/2020	Control		0	INP 10/06/2020 Dr El. Chahed Médecin des Forces Armées

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. EL CHOUAIK 11853 Tél: 05 22 32	05/06/2024	2135,00

ANALYSES - RADIOPHARMACEUTICALS

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VIOLET ADHESIVE

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<p style="text-align: center;">H</p> <table 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" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B G</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">B</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000 00000000		35533411 11433553		B G		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D																
00000000 00000000																
35533411 11433553																
B G																
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												



Clinique Chifa - برشيد
CLINIQUE CHIFA - BERRECHID



060002557

ORDONNANCE

Berrechid le : 05/06/2020

Nr: Riahi Aymane

168,20

0 Augment. 1g.



22,20

1 sachet

3/11



② Cadexiprone



1cp

3/11

45,40

③ Suphalac sirup

1cc/s

3/11



235,60

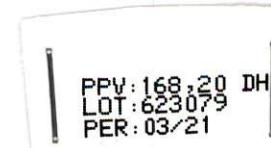
Dr EL TAKIRI Belaid
Chirurgien
Berrechid

CLINIQUE CHIFA

Lotissement Jeddah

BERRECHID

Tel: 0522 327508 Fax: 0522 328081



7, تجزئة جدة - برشيد CLINIQUE CHIFA - BERRECHID

Tél.: 05 22 32 75 98 - Fax : 05 22 32 80 81



Clinique Chifa - برشيد
CLINIQUE CHIFA - BERRECHID



060002557

ORDONNANCE

Berrechid le :

2/6/2006

M. RIAHI Ayman

NFB

TP . TAC

LABORATOIRE
SEKKAT
Réception
Le.....

Dr EL FAKIRI Belaid
Chirurgien
Dior El Essafi Bd. 11
BERRECHID
T: 0522 32 75 08 - Fax: 0522 32 80 81

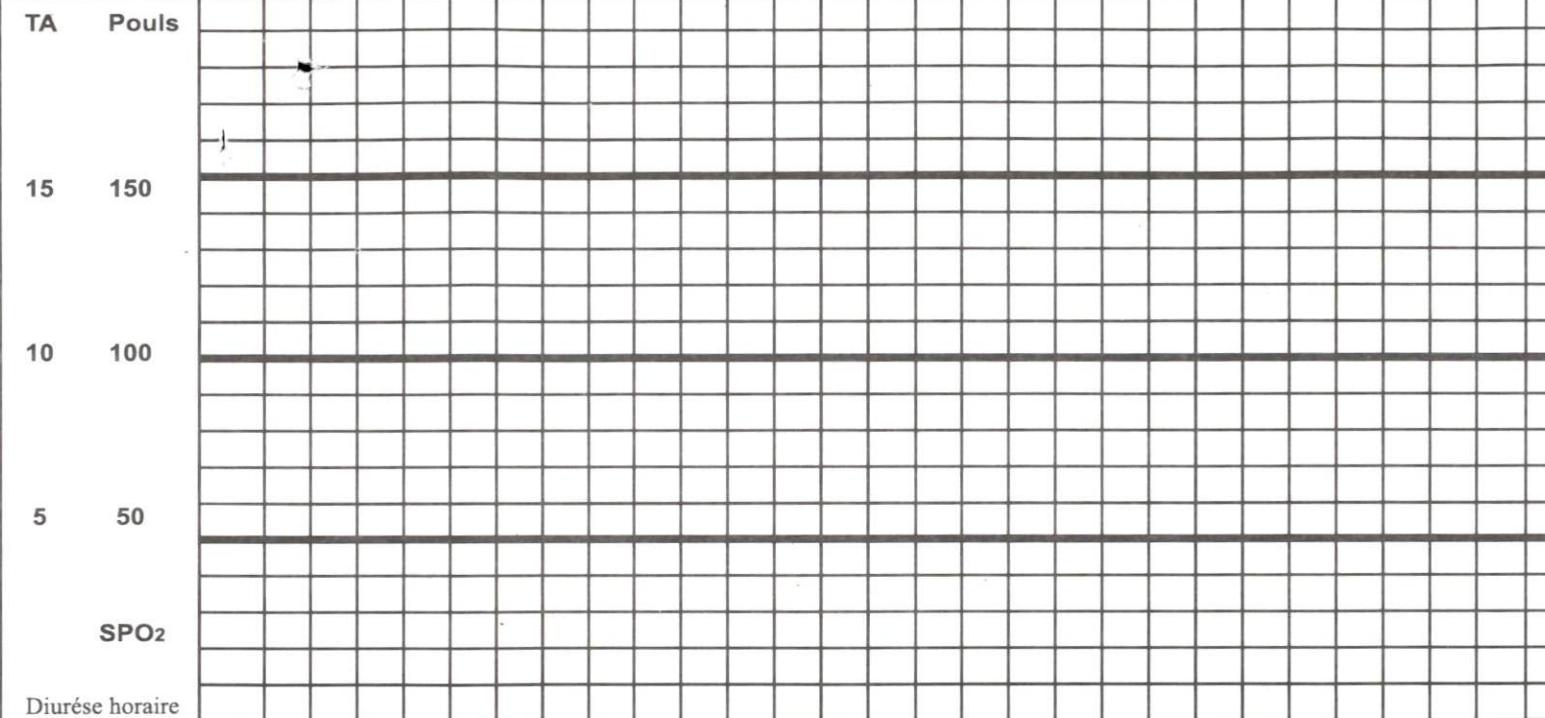
Clinique Chifa
7, Lotissement Jeddah - BERRECHID
Tél.: 0522 32 75 08 Fax: 0522 32 80 81

7, تجزئة جدة - برشيد BP 308
Tél.: 05 22 32 75 98 - Fax : 05 22 32 80 81

NOM: Age : Sexe : Anesthésiste : Chirurgien :

Prénom: Diagnostic : :

H° 10 20 30 40 50 H° 10 20 30 40 50



ANESTHESIE LOCO - RÉGIONALE

ANESTHESIE GENERALE

Analgésic					
Narcose					
curares					
App énergétique					
Remplissage vasculaire					
Transfusion					
Ventilation					
Antibiotique					
DIVERS					

Aspiration Chirurgicales :

Compresses :

Champs:

Pertes Intensibles :

Bilan entrée sortie :

Transf: N° poche :

Accidents - Accidents per - opératoires:

Observations diverses :



LABORATOIRE SEKKAT D'ANALYSES MEDICALES

مختبر سقاط للتحاليل الطبية

لaboratoire SEKKAT D'ANALYSES MEDICALES

Biochimie – Hématologie – Virologie – Bactériologie – Parasitologie – Mycologie –
Immunologie – Hormonologie – Toxicologie – Biologie de la reproduction

Dr. Mohamed SEKKAT
Médecin Biologiste

Pvt du: 02/06/2020

Mr RIAHI Aymane

Edition du : 02/06/2020

Né(e) le : 18/07/2000

Dossier N° : 10A05633099



Page : 1/2

HEMATOLOGIE (BC5380)

Valeurs Usuelles

Antériorité

NUMERATION FORMULE SANGUINE AVEC PLAQUETTES

HEMATIES	:	4,99 M/mm ³	(4,2 - 5,7)
Hémoglobine	:	14,3 g/dL	(14 - 17)
Hématocrite	:	42,9 %	(40 - 52)
VGM	:	86 fL	(80 - 100)
TCMH	:	29 pg	(27 - 32)
CCMH	:	33 %	(30 - 35)
LEUCOCYTES	:	7640 /mm ³	(4000 - 10000)
FORMULE LEUCOCYTAIRE :			
Polynucléaires Neutrophiles	:	44,7% Soit 3415/mm ³	(2000 - 7500)
Lymphocytes	:	42,3% Soit 3232/mm ³	(1500 - 4000)
Monocytes	:	8,7% Soit 665/mm ³	(200 - 800)
Polynucléaires Eosinophiles	:	4% Soit 305,60/mm ³	(100 - 400)
Polynucléaires Basophiles	:	0,3% Soit 22,92/mm ³	(Inférieur à 150)
PLAQUETTES	:	207 000 /mm ³	(150000 - 400000)
VMP	:	9,60 fl	(6,5 - 12)

LABORATOIRE SEKKAT
D'analyses Médicales
Dr. SEKKAT Med
Lot EL Youssef II N°12 Berrechid



LABORATOIRE SEKKAT D'ANALYSES MEDICALES

مختبر سقاط للتحاليل الطبية

لaboratoire SEKKAT D'ANALYSES MEDICALES

Biochimie – Hématologie – Virologie – Bactériologie – Parasitologie – Mycologie –
Immunologie – Hormonologie – Toxicologie – Biologie de la reproduction

Dr. Mohamed SEKKAT
Médecin Biologiste

Pvt du: 02/06/2020

Mr RIAHI Aymane

Edition du : 02/06/2020

Né(e) le : 18/07/2000

Dossier N° : 10A05633099



Page : 2/2

HEMOSTASE (SATELLITE MAX)

Valeurs Usuelles

Antériorité

EXPLORATION DE LA VOIE EXOGENE DE LA COAGULATION

TAUX DE PROTHROMBINE :	81.48	%	(70 - 100)
TEMPS DE QUICK :	15.24	sec	
I.N.R. :	1.15		

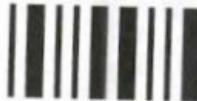
INTERPRETATION :

- INR = 1,9 - 2,5 : Prophylaxie thrombose veineuse.
- INR = 2,5 - 3,0 : phlébites, embolies pulmonaires.
- INR = 3,0 - 4,2 : prophylaxie artérielle (valves).

EXPLORATION DE LA VOIE ENDOGENE DE LA COAGULATION

TCA du Sujet :	27,07	sec	
TCA du Témoin :	27	sec	
Rapport Sujet/témoin :	1,00	.	(Inférieur à 1,2)

LABORATOIRE SEKKAT
D'Analyses Médicales
Dr. SEKKAT Med
Lot EL Youssef N° 12 Berrechid



Il y a pas de restriction concernant ce que vous pouvez manger ou boire.

Grossesse et allaitement

DUPHALAC peut être utilisé pendant la grossesse et l'allaitement.

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous pensez être enceinte ou planifiez une grossesse, demandez conseil à votre médecin ou pharmacien avant de prendre ce médicament.

Conduite de véhicules et utilisation de machines

DUPHALAC n'a pas d'influence ou une influence négligeable sur l'aptitude à conduire des véhicules ou à utiliser des machines.

DUPHALAC 66,5 POUR CENT, solution buvable en flacon contient certains sucres.

DUPHALAC peut contenir de petites quantités de sucre du lait (lactose), de galactose, d'épilactose ou de fructose (voir section Précautions d'emploi).

3. COMMENT PRENDRE DUPHALAC 66,5 POUR CENT, solution buvable en flacon ?

Veillez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les indications de votre médecin ou pharmacien. Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de doute.

Posologie

Constipation :

Ce médicament peut être administré en une prise par jour, par exemple au petit déjeuner ou en deux prises par jour.

Après quelques jours, en fonction de votre réponse au traitement, la dose d'attaque peut être ajustée pour atteindre la dose d'entretien. Plusieurs jours (2 à 3) peuvent être nécessaires avant que le traitement n'agisse.

La posologie moyenne :

enfants et nourrissons

Nourrissons de 0 à 12 mois : jusqu'à 5 ml par jour

enfants de 1 à 6 ans : 5 à 10 ml par jour

enfants de 7 à 14 ans :

Traitement d'attaque : 15 ml par jour.

Traitement d'entretien : 10 ml par jour.

adultes et adolescents

Traitement d'attaque : 15 à 45 ml par jour.

Traitement d'entretien : 10 à 25 ml par jour.

Si une diarrhée se manifeste, diminuer la posologie.

Utilisation chez les enfants et les adolescents

chez le nourrisson et l'enfant, la prescription de DUPHALAC peut être exceptionnelle car elle peut entraîner le fonctionnement normal du réflexe d'exonération.

Ne pas donner DUPHALAC au patient qui n'a pas consulté un médecin pour une étroite.

Chez le patient âgé et le patient ou hépatique, aucune adaptation car l'exposition au lactulose est nulle.

Encéphalopathie hépatique

Dans tous les cas, la dose idéale est de 20 g de lactulose molles par jour.

Utilisation chez les adultes : la posologie est de 30 ml, 3 fois par jour.

Utilisation chez les enfants et les adolescents (enfants n'est disponible pour le traitement de 3 à 18 ans) atteints d'une maladie hépatique.

Mode d'administration

Voie orale.

Prenez les doses chaque jour, aux repas. Avalez le médicament rapidement sans le mordre.

DUPHALAC 66,5 POUR CENT dans une boisson.

Durée de traitement

La durée du traitement varie en fonction de la symptomatologie.

Si vous avez pris plus de DUPHALAC 66,5 POUR CENT dans une boisson que recommandé

En cas de surdosage, des diarrhées abdominales peuvent apparaître.

Si vous avez pris plus de DUPHALAC 66,5 POUR CENT dans une boisson que recommandé

Si vous avez d'autres questions sur ce médicament, demandez plus d'informations à votre pharmacien.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, ce médicament peut entraîner des effets indésirables, mais ils ne sont pas systématiquement chez tout le monde.

**DUPHALAC 66,5%
SOL BUV 200 ML**



Il est possible d'obtenir plus d'informations à ce sujet.

P.P.V : 45DH40

6 118000 010494

- nausées,

LOT : 19E003
PER : 03/2022

Barcode graphic

juillet 2022