

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.

Diagnostique 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 canaux, 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 canaux.

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 à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 5ème 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



ND: 38719

Déclaration de Maladie : N° P19- 0016301

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1856 Société : R.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE
 Nom & Prénom : SLAOUI KHATA Date de naissance : 1956
 Adresse : 50 Lot KHALFAOUI OUJDA
 Tél. : 0667122222 Total des frais engagés : 366,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/08/2020
 Nom et prénom du malade : SLAOUI KHATA Age : 64
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Hémialgie
 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 : Oujda Le : 28/08/2020

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

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
25/08/20		cs	30000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie BENQACHOU Dr. J. BENQACHOU Bd. Sidi Yahya N°1 Tél. 70 55 12	20/08/20	66,50.

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

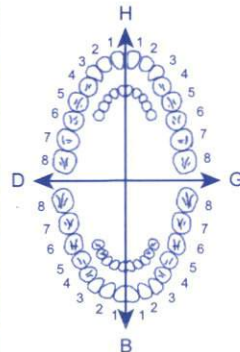
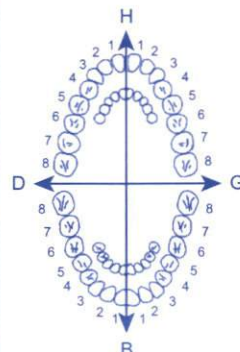
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
			MONTANTS DES SOINS														
	[Création, remont, adjonction]		DATE DU DEVIS														
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PROFESSEUR OULALI NOUREDDINE

Professeur à la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Spécialiste en chirurgie Crânienne et Rachidienne

Spécialiste de la Douleur



البروفيسور والعالى نور الدين
أستاذ بكلية الطب والصيدلة
إختصاصي جراحة الدماغ والعمود الفقري
إختصاصي في الألم



141147421

Le : 28/08/2020

Dr. Shaoui KH NAYA

24,70

① ATARAX 1500

1/2 c/s le soir

41,80

② Alacortyl 400

1/2 c/s le jour

③ Noveral 4000

1 - 1

Pharmacie BENQACHOUR
Dr. Latifa BENQACHOUR
Bd. Sidi Yahya N°12
Tel: 70 53 02 OULDA

66,50

Nouredine OULALI
NEUROCHIRURGIEN
PROFESSEUR AGRÉGÉ
141147421

Votre prochain rendez-vous le :



nouredine_oulali@yahoo.fr



05 36 53 20 20 .



06 61 63 89 12

AVLOCARDYL®

PROPRANOLOL

40 mg

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre le médicament.
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 consulter.

Composition qualitative et quantitative

Chlorhydrate de propranolol.....

Excipients : D-mannitol, gélatine, acide alginique

Forme pharmaceutique

Comprimé sécable

Classe pharmacothérapeutique

Bêta-bloquant.

(C : Système cardio-vasculaire)

DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MÉDICAMENT

Ce médicament est un bêta-bloquant. Il diminue l'activité sympathique de régulation cardio-vasculaire.

Ce médicament est préconisé principalement dans :

- l'hypertension artérielle,
- la prévention des crises douloureuses de l'angine de poitrine,
- après un infarctus du myocarde,
- en cas d'hyperthyroïdies,
- certaines maladies cardiaques,
- en prévention des migraines et des algies faciales (variétés de migraine),
- en prévention des saignements digestifs chez les patients atteints de cirrhose,
- dans certains tremblements,
- en prévention de situation stressante (trac).

ATTENTION !

DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT

(CONTRE - INDICATIONS)

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants :

- allergie connue au propranolol, ou antécédents de réaction allergique,
- asthme et maladies des bronches et des poumons avec encombrements,
- insuffisance cardiaque,
- bradycardie (rythme du pouls inférieur à 50 battements par minute),

41,80



TARAXET 25 mg, comprimé pelliculé

Hydroxyzine

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, 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 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 TARAXET et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre TARAXET ?
3. Comment prendre TARAXET ?
4. Effets indésirables éventuels
5. Comment conserver TARAXET ?
6. Informations supplémentaires.

1. QU'EST-CE QUE TARAXET ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

TARAXET appartient à un groupe de médicament appelé anti-histamines (pour traiter les réactions allergiques). Il est indiqué :

- dans la démangeaison causée par l'urticaire (éruption cutanée) et la dermatite (eczéma) chez l'adulte et l'enfant,
- en prémédication avant anesthésie générale,
- dans le traitement de l'anxiété chez les adultes.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE TARAXET ?

TARAXET contient du lactose. Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament. Si vous avez une intolérance héréditaire au galactose, un déficit en lactase de l'adulte ou un syndrome de malabsorption du glucose-galactose vous ne devez pas prendre ce médicament.

Ne prenez jamais TARAXET :

- si vous êtes allergique (hypersensible) à l'hydroxyzine, cétirizine, autres dérivés de la pipérazine, aminophylline ou l'éthylènediamine, ou à l'un des constituants de TARAXET (voir Informations supplémentaires),
 - si votre ECG (électrocardiogramme) montre une anomalie du rythme cardiaque appelée "allongement de l'intervalle QT",
 - si vous avez ou avez eu une maladie cardiovasculaire ou si votre fréquence cardiaque est très basse,
 - si vous avez de faibles taux en sel dans votre corps (par ex. un faible taux de potassium ou de magnésium),
 - si vous prenez certains médicaments pour des troubles du rythme cardiaque ou des médicaments qui peuvent modifier le rythme cardiaque (voir Autres médicaments et TARAXET),
 - si quelqu'un dans votre famille est décédé subitement à cause de problèmes cardiaques,
 - si vous êtes asthmatique ayant souffert dans le passé d'une réaction grave due à un antihistaminique,
 - si vous avez une porphyrie (une maladie qui cause des douleurs d'estomac, constipation, changement de la couleur des urines, éruption cutanées, trouble de comportement),
 - si vous êtes enceinte, vous envisagez une grossesse ou vous allaitez,
 - si vous avez un glaucome (augmentation de la pression dans l'œil),
 - si vous avez une difficulté pour uriner due à un problème de prostate.
- SI L'UN DE CES CAS S'APPLIQUE A VOUS, OU SI VOUS N'ÊTES PAS SÛRE, DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT DE PRENDRE TARAXET.

Mises en garde et précautions

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre TARAXET. TARAXET peut être associé à un risque accru de trouble du rythme cardiaque pouvant mettre en danger le pronostic vital. Par conséquent, si vous avez un problème cardiaque ou vous prenez d'autres médicaments, y compris des

médicaments obtenus sans prescription. Pendant la prise de TARAXET, consultez votre médecin en cas de survenue de problèmes cardiaques (palpitations, essoufflement, respiration, perte de connaissance). Le traitement doit être interrompu. Parler à votre médecin avant de prendre d'autres médicaments.

TARAXET.

SI L'UN DE CES CAS S'APPLIQUE A VOUS, DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN AVANT DE PRENDRE TARAXET.

Autres médicaments et TARAXET

Informez votre médecin ou pharmacien de tous les médicaments que vous prenez, y compris ceux sans ordonnance. TARAXET peut avoir des effets indésirables avec certains médicaments.

Ne prenez pas TARAXET si vous prenez :

- des infections bactériennes (par ex. levofloxacine),
- des infections fongiques (par ex. pentamidine),
- des problèmes cardiaques ou une hypertension (par ex. quinidine, disopyramide, sotalol),
- une psychose (par ex. halopéridol),
- une dépression (par ex. citalopram, escitalopram),
- des troubles gastro-intestinaux (par ex. lopermide),
- une allergie,
- un paludisme (par ex. méfloquine),
- un cancer (par ex. toremifène, vandetanib),
- un abus de drogues ou des douleurs sévères.

Il est important d'informer votre médecin si vous prenez :

- adrénaline ou éphédrine,
 - barbiturates (pour les troubles de sommeil),
 - cimétidine (pour les ulcères et brûlures),
 - anticholinergiques (médicaments pour traiter la constipation),
 - betahistine (pour traiter une maladie appelée vertige),
 - anesthésiques,
 - myorelaxants,
 - opioïdes (médicaments pour soulager la douleur),
 - anti-cholinergiques, ceci inclut certains médicaments pour le syndrome de l'intestin irritable, asthme ou maladie de Parkinson,
 - aminophylline (pour les troubles de respiration),
 - sels du benzylpenicilline et succinate de benzylpenicilline,
 - chlorhydrate de doxorubicine (médicament anticancer),
 - antidépresseurs, incluant les inhibiteurs de la monoamine oxydase ou le moclobémide (médicaments pour traiter l'anxiété),
 - somnifères,
 - benzodiazépines,
 - médicaments anticholinestérase (tel que donepezil),
 - médicaments antimuscariniques (tel que atropine),
 - médicaments antiépileptiques,
 - autres antihistaminiques,
 - les médicaments qui ont un effet sur le cœur.
- L'hydroxyzine est un inhibiteur du CYP2D6 (un des enzymes du métabolisme des médicaments) et peut causer des interactions médicamenteuses avec d'autres médicaments. L'hydroxyzine n'interagit pas avec d'autres médicaments, mais elle peut interagir avec la famille de protéines qui interviennent dans

FACTURE DES FRAIS MEDICAUX

N° 002530

Nom & Prénom du bénéficiaire SLAOUI KHNATA	
DATE :28/08/2020	
DESIGNATION	MONTANT
CONSULTATION	300.00DH
TOTAL	300.00DH

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME
DE TROIS CENT DIRHAMS

MODE DE REGLEMENT : ESPECE

Lot talhaui n232 rte al Irfane Oujda Maroc
Tél : 0536532020/FAX : 0536533954 N° CNSS : 9830789
patente n° 11277319 Email : cliniquealirfane@gmail.com
N° de l'identification fiscal : 14413857
ICE : 001710097000060