

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

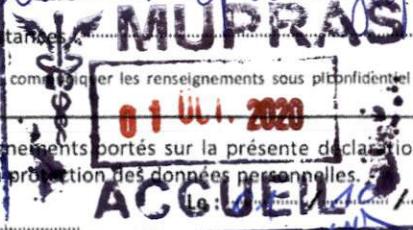
N° W19-481654

48978

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	5934	Société :	R.A.M.
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	De Fraeye
Nom & Prénom : ASSAL MUSTADHA			
Date de naissance : 05/11/1963			
Adresse : HAY EL HODT lot chabab N° 01 - Berrechid -			
Tél. :	06.04.68.56.33	Total des frais engagés : 4487,00 DHS	

Cadre réservé au Médecin	GENTRE HEMODIALYSE BERRECHID Dr. GOUNAJJAR Mahfoud Médecin Néphrologue 25 Lot. Chabab Berrechid Tél : 05 22 32 84 31 / INPE : 060862189		
Cachet du médecin :	ASSAL Mustapha		
Date de consultation:	13/07/2020	Age:	
Nom et prénom du malade :	ASSAL Mustapha		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Affection Néphrologique		
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 :
Signature de l'adhérent(e) :



ACCUEILLANT, 2020,

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
11/07/2020	CSG	6		 CENTRE HEMODIALYSE INP : BERRECHID Dr. GOUNAJJAR Mantoud Médecin Néphrologue 25 Lot. Chabab Berrechid Tél : 05 22 32 84 31 / INP : 060862189

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cauchet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Sihem TANIR N°: 12 Marquée Rdac Tunis (Accès de Sidi Soltane) Fax: 05 22 33 68 22	13/07/20	14 87,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	1978-01-01					
	1978-01-01					
	1978-01-01					
	1978-01-01					

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.

مركز تصفية الدم ببرشيد

Centre d'hémodialyse Berrechid

Dr. Mahfoud GOUNAJJAR

Dr. Zainab EL BOUAZZAQUI

Spécialiste en Néphrologie

Maladies Rénales, Hypertension artérielle,

Dialyse, Transplantation Rénale

الدكتور محفوظ كونيار
الدكتورة زينب البوعزازي
أخصائي أمراض الكلية
تصفية الدم
وارتفاع الضغط الدموي

Berrechid, le: ٢٣٠٧٢٠٢٥

ASSAL mustapha

٢٩١٠٥

- Melfsal ٢٤٣ ١١٥

٤١,٢٠ profenid ١٠٠ supp = ١٠ (٧٣٣)

٤٩,٦٠ (٢) D une forte ١٠٠ ٠ ٠٠ = ١٠ (٦٣٣)

pdt ٣٠

٤٢,٣٠ Augmentin ٢٧ x ٣ / ٨ (٧٣٣)

٣٤,٦٠ (٣) Cimiclo ٤٥ = ٤٥ - ٤٥ (٣٠)

٥٠٠ = ١ - ١ - ١

٣٧,٦٠ ملائكة

٣٧,٦٠

٩,٤٨٧٠

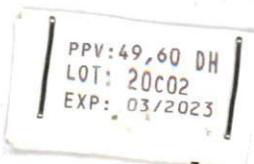
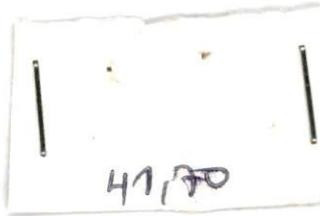
٥٥٢٢ ٣٢٥ ٥٨ : ٥٥٢٢ ٣٢٨ ٤٣١ + ٥٥٢٢ ٣٢٨ ٤٣١ INPE : ٠٦٠٨٦٢١٨٩

25, Lot chabab - Berrechid (en face Acim) Tel. : 05 22 32 84 31 - Fax : 05 22 32 50 17

RC : 10953 - IF : 15204795 - CNSS : 032429706 - INPE : 060062189 - ICE : 001684899000048

Urgences : 06 80 80 86 22 - E-mail : dialyseberrechid@gmail.com

CENTRE HEMODIALYSE
BERRECHID
Dr. GOUNAJJAR Mahfoud
Médecin Néphrologue
Lot chabab Berrechid
INPE : 060862189





LOT : 19E008
PER : 09/2023

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



Furosémide

SANOFI

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

Elle contient des informations importantes sur votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, car cela pourrait lui être nocif.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire à nouveau.

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

Composition

LASILIX 40 mg comprimés :

Furosémide 40 mg/comprimé.

Excipients : amidon de maïs, lactose, silice colloïdale, talc, stéarate de magnésium.

LASILIX 20 mg/2ml :

Furosémide 20 mg/2 ml.

Excipients : chlorure de sodium, hydroxyde de sodium, eau pour préparations injectables.

Formes pharmaceutiques et présentations

LASILIX 40 mg : comprimés sécables dosés à 40 mg ; boîte de 20.

LASILIX 20 mg/2 ml : solution injectable,
ampoule de 2 ml ; boîte de 1.

DANS QUEL CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Voie orale :

Ce médicament est indiqué dans le traitement :

- des œdèmes d'origine cardiaque ou rénale,
- des œdèmes d'origine hépatique, le plus souvent en association avec un diurétique épargneur de potassium,
- de l'hypertension artérielle.

Voie injectable :

Cette forme est indiquée dans les cas suivants :

- urgences cardiolologiques : œdème aigu du poumon, arrêt cardiaque,
- poussées hypertensives sévères (*élévation importante de la tension artérielle*),
- rétentions sodées sévères d'origine cardiaque, rénale, cirrhotique (*rétention de sel*),
- radiologie du bas appareil urinaire et test de lavage « wash out » au LASILIX,
- peut être utilisé en réanimation pédiatrique.

ATTENTION !

Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :



LOT : 19E008
PER : 09/2023

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



Furosémide

SANOFI

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

Elle contient des informations importantes sur votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, car cela pourrait lui être nocif.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire à nouveau.

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

Composition

LASILIX 40 mg comprimés :

Furosémide 40 mg/comprimé.

Excipients : amidon de maïs, lactose, silice colloïdale, talc, stéarate de magnésium.

LASILIX 20 mg/2ml :

Furosémide 20 mg/2 ml.

Excipients : chlorure de sodium, hydroxyde de sodium, eau pour préparations injectables.

Formes pharmaceutiques et présentations

LASILIX 40 mg : comprimés sécables dosés à 40 mg ; boîte de 20.

LASILIX 20 mg/2 ml : solution injectable,
ampoule de 2 ml ; boîte de 1.

DANS QUEL CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Voie orale :

Ce médicament est indiqué dans le traitement :

- des œdèmes d'origine cardiaque ou rénale,
- des œdèmes d'origine hépatique, le plus souvent en association avec un diurétique épargneur de potassium,
- de l'hypertension artérielle.

Voie injectable :

Cette forme est indiquée dans les cas suivants :

- urgences cardiolologiques : œdème aigu du poumon, arrêt cardiaque,
- poussées hypertensives sévères (*élévation importante de la tension artérielle*),
- rétentions sodées sévères d'origine cardiaque, rénale, cirrhotique (*rétention de sel*),
- radiologie du bas appareil urinaire et test de lavage « wash out » au LASILIX,
- peut être utilisé en réanimation pédiatrique.

ATTENTION !

Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :



LOT : 19E008
PER : 09/2023

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



Furosémide

SANOFI

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

Elle contient des informations importantes sur votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, car cela pourrait lui être nocif.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire à nouveau.

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

Composition

LASILIX 40 mg comprimés :

Furosémide 40 mg/comprimé.

Excipients : amidon de maïs, lactose, silice colloïdale, talc, stéarate de magnésium.

LASILIX 20 mg/2ml :

Furosémide 20 mg/2 ml.

Excipients : chlorure de sodium, hydroxyde de sodium, eau pour préparations injectables.

Formes pharmaceutiques et présentations

LASILIX 40 mg : comprimés sécables dosés à 40 mg ; boîte de 20.

LASILIX 20 mg/2 ml : solution injectable,

ampoule de 2 ml ; boîte de 1.

DANS QUEL CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Voie orale :

Ce médicament est indiqué dans le traitement :

- des œdèmes d'origine cardiaque ou rénale,
- des œdèmes d'origine hépatique, le plus souvent en association avec un diurétique épargneur de potassium,
- de l'hypertension artérielle.

Voie injectable :

Cette forme est indiquée dans les cas suivants :

- urgences cardiolologiques : œdème aigu du poumon, arrêt cardiaque,
- poussées hypertensives sévères (*élévation importante de la tension artérielle*),
- rétentions sodées sévères d'origine cardiaque, rénale, cirrhotique (*rétention de sel*),
- radiologie du bas appareil urinaire et test de lavage « wash out » au LASILIX,
- peut être utilisé en réanimation pédiatrique.

ATTENTION !

Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :