

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.

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.

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° M20- 0006647

669 31

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01422

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENAMARA Mohamed

Date de naissance : 02/08/57

Adresse :

Tél. : 0661077491

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/03/2021

Nom et prénom du malade : BENAMARA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Hypothyroïdie

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 : Casablanca

Le : 27/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
27/03/21	Cs	^	300DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/03/2021	100,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

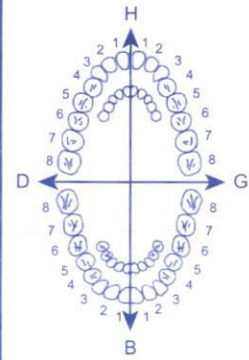
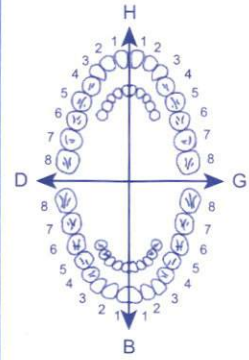
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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														
				DATE DU DEVIS														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتورة البديع سعيدة
اختصاصية أمراض الغدد و السكري و الأيض
خريجة جامعة رين فرنسا



Dr. EL BADII Saida

Spécialiste en Endocrinologie,
Diabétologie et Maladies Métaboliques
Diplômée de l'Université de Rennes France

Casablanca, le : 27/3/21.

BENAMARA Ned.

24,40 x 3



Lenothyron 100.

14/5 3mois

Lenothyron 25

14 + 1/2/5

3mois

6,80 x 3

x 4



100,40

בְּיָמֵינוּ בְּהַחֲלֹת הַשָּׁנָה

7862160335

سید علی محمد

، (الاحتياط) و الحصة

4- ما هي التأثيرات غير المرغوبة المحتملة؟

وصف الآثار غير المرغوبة
مثل جميع الأدوية، ليفوتيروكس، قرص قابل للقطع ، قد يسبب آثار جانبية، ولكنها لا تحصل حتما عند الجميع
•تفاقم مرض قلبي (الذبحة الصدرية، قصور القلب، اضطرابات نظم القلب)

•علامات فرط التدرق (اختلاجات، أرق، سرعة التهيج، رجفة، ارتفاع حرارة الجسم، عرق، نحول سريع، اسهال) : في هذه الحالة، يجب استشارة طبيبك،
•عند الطفل، إمكانية زيادة معدل الكالسيوم في البول (كمية كبيرة من الكالسيوم في البول)،
•ردود فعل حساسية محتملة (فرط التحسس) العلامات و الأعراض الأكثر شيوعا هي : طفح جلدي، حكة، إنتفاخ في الرقبة والوجه، و صعوبة في التنفس و احمرار.

الإبلاغ عن الآثار الجانبية:

إذا كان لديك أي أثر غير مرغوب، ابلغ طبيبك أو الصيدلي. وهذا ينطبق أيضا على أي أثر جانبي محتمل غير مذكور في هذه النشرة. عن طريق الإبلاغ عن الآثار الجانبية، قد تساعد على توفير المزيد من المعلومات عن أمن الدواء.

5- ما هي طريقة حفظ ليفوتيروكس، قرص قابل للقطع ؟

لا تتركه أبدا في متناول الأطفال.

• (احتشاء عضلة القلب، الذبحة الصدرية، و ارتفاع ضغط الدم،
• ليفة الغدة الكظرية (انخفاض إنتاج بعض

هورمونات الغدة
•لات، يوصف العلاج بالهرمونات الغدة
•نحل حالة على حدة، يجب مراقبة المرضى بانتباه و بشكل خاص.

هذا الدواء يحتوي على اللاكتوز. لا ينصح استخدامه عند Lapp المرضى الذين يعانون من التعصب الجلاكتوز، ونقص اللاكتاز أو سوء امتصاص الجلوكوز أو الجلاكتوز (امراض وراثية نادرة).
إذا قمت بتغيير العلامة التجارية خلال فترة علاجك مع ليفوتيروكسين، دواء أصلي أو جنيس، فإن طبيبك قد يطلب منك (TSH إجراء بعض التحليلات البيولوجية الإضافية) قياس وخاصة إذا كان لديك سرطان الغدة الدرقية، و إذا كنت مصابا باضطرابات قلبية، إذا كنت حاملا، إذا كنت كبير في السن أو إذا كان المريض طفلا.

عند النساء بعد سن اليأس المصابات بقصور الغدة الدرقية مرتبطة بزيادة خطر الإصابة بهشاشة العظام (تخلخل العظام) ، يوصى بالمراقبة الدقيقة لديهن للغدة الدرقية.
هذا الدواء عند تناوله بمفرده أو مع أدوية أخرى، ليس بعلاج للسمنة باستثناء إذا كانت السمنة مرتبطة بقصور الغدة الدرقية الحقيقي؛ قد تكون الجرعات الكبيرة خطيرة، خصوصا إذا كان يشترك العلاج مع مثبطات الشهية (الأدوية " تقليل الشهية ").

فعالية العلاج وعلامات التعصب بإمكانها أن تظهر بعد فترة من



4- ما هي التأثيرات غير المرغوبة المحتملة؟

وصف الآثار غير المرغوبة
مثل جميع الأدوية، ليفوتيروكس، قرص قابل للقطع ، قد يسبب آثار جانبية، ولكنها لا تحصل حتما عند الجميع
•تفاقم مرض قلبي (الذبحة الصدرية، قصور القلب، اضطرابات نظم القلب)

•علامات فرط التدرق (اختلاجات، أرق، سرعة التهيج، رجفة، ارتفاع حرارة الجسم، عرق، نحول سريع، اسهال) : في هذه الحالة، يجب استشارة طبيبك،
•عند الطفل، إمكانية زيادة معدل الكالسيوم في البول (كمية كبيرة من الكالسيوم في البول)،
•ردود فعل حساسية محتملة (فرط التحسس) العلامات و الأعراض الأكثر شيوعا هي : طفح جلدي، حكة، إنتفاخ في الرقبة والوجه، و صعوبة في التنفس و احمرار.

الإبلاغ عن الآثار الجانبية:

إذا كان لديك أي أثر غير مرغوب، ابلغ طبيبك أو الصيدلي. وهذا ينطبق أيضا على أي أثر جانبي محتمل غير مذكور في هذه النشرة. عن طريق الإبلاغ عن الآثار الجانبية، قد تساعد على توفير المزيد من المعلومات عن أمن الدواء.

5- ما هي طريقة حفظ ليفوتيروكس، قرص قابل للقطع ؟

لا تتركه أبدا في متناول الأطفال.

• (احتشاء عضلة القلب، الذبحة الصدرية، و ارتفاع ضغط الدم،
• ليفة الغدة الكظرية (انخفاض إنتاج بعض

هورمونات الغدة
•لات، يوصف العلاج بالهرمونات الغدة
•بحل حالة على حدة، يجب مراقبة المرضى بانتباه و بشكل خاص.

هذا الدواء يحتوي على اللاكتوز. لا ينصح استخدامه عند Lapp المرضى الذين يعانون من التعصب الجلكتوز، ونقص اللاكتاز أو سوء امتصاص الجلوكوز أو الجلكتوز (امراض وراثية نادرة).
إذا قمت بتغيير العلامة التجارية خلال فترة علاجك مع ليفوتيروكسين، دواء أصلي أو جنيس، فإن طبيبك قد يطلب منك (TSH إجراء بعض التحليلات البيولوجية الإضافية) قياس وخاصة إذا كان لديك سرطان الغدة الدرقية، و إذا كنت مصابا باضطرابات قلبية، إذا كنت حاملا، إذا كنت كبير في السن أو إذا كان المريض طفلا.

عند النساء بعد سن اليأس المصابات بقصور الغدة الدرقية مرتبطة بزيادة خطر الإصابة بهشاشة العظام (تخلخل العظام) ، يوصى بالمراقبة الدقيقة لديهن للغدة الدرقية.

هذا الدواء عند تناوله بمفرده أو مع أدوية أخرى، ليس بعلاج للسمنة باستثناء إذا كانت السمنة مرتبطة بقصور الغدة الدرقية الحقيقي؛ قد تكون الجرعات الكبيرة خطيرة، خصوصا إذا كان يشترك العلاج مع مثبطات الشهية (الأدوية " تقليل الشهية ").

فعالية العلاج وعلامات التعصب بإمكانها أن تظهر بعد فترة من



4- ما هي التأثيرات غير المرغوبة المحتملة؟

وصف الآثار غير المرغوبة
مثل جميع الأدوية، ليفوتيروكس، قرص قابل للقطع ، قد يسبب آثار جانبية، ولكنها لا تحصل حتما عند الجميع
•تفاقم مرض قلبي (الذبحة الصدرية، قصور القلب، اضطرابات نظم القلب)

•علامات فرط التدرق (اختلاجات، أرق، سرعة التهيج، رجفة، ارتفاع حرارة الجسم، عرق، نحول سريع، اسهال) : في هذه الحالة، يجب استشارة طبيبك،
•عند الطفل، إمكانية زيادة معدل الكالسيوم في البول (كمية كبيرة من الكالسيوم في البول)،
•ردود فعل حساسية محتملة (فرط التحسس) العلامات و الأعراض الأكثر شيوعا هي : طفح جلدي، حكة، إنتفاخ في الرقبة والوجه، و صعوبة في التنفس و احمرار.

الإبلاغ عن الآثار الجانبية:

إذا كان لديك أي أثر غير مرغوب، ابلغ طبيبك أو الصيدلي. وهذا ينطبق أيضا على أي أثر جانبي محتمل غير مذكور في هذه النشرة. عن طريق الإبلاغ عن الآثار الجانبية، قد تساعد على توفير المزيد من المعلومات عن أمن الدواء.

5- ما هي طريقة حفظ ليفوتيروكس، قرص قابل للقطع ؟

لا تتركه أبدا في متناول الأطفال.

• (احتشاء عضلة القلب، الذبحة الصدرية، و ارتفاع ضغط الدم،
• ليفة الغدة الكظرية (انخفاض إنتاج بعض

هورمونات الغدة
•لات، يوصف العلاج بالهرمونات الغدة
•نحل حالة على حدة، يجب مراقبة المرضى بانتباه و بشكل خاص.

هذا الدواء يحتوي على اللاكتوز. لا ينصح استخدامه عند Lapp المرضى الذين يعانون من التعصب الجلاكتوز، ونقص اللاكتاز أو سوء امتصاص الجلوكوز أو الجلاكتوز (امراض وراثية نادرة).
إذا قمت بتغيير العلامة التجارية خلال فترة علاجك مع ليفوتيروكسين، دواء أصلي أو جنيس، فإن طبيبك قد يطلب منك (TSH إجراء بعض التحليلات البيولوجية الإضافية) قياس وخاصة إذا كان لديك سرطان الغدة الدرقية، و إذا كنت مصابا باضطرابات قلبية، إذا كنت حاملا، إذا كنت كبير في السن أو إذا كان المريض طفلا.

عند النساء بعد سن اليأس المصابات بقصور الغدة الدرقية مرتبطة بزيادة خطر الإصابة بهشاشة العظام (تخلخل العظام) ، يوصى بالمراقبة الدقيقة لديهن للغدة الدرقية.
هذا الدواء عند تناوله بمفرده أو مع أدوية أخرى، ليس بعلاج للسمنة باستثناء إذا كانت السمنة مرتبطة بقصور الغدة الدرقية الحقيقي؛ قد تكون الجرعات الكبيرة خطيرة، خصوصا إذا كان يشترك العلاج مع مثبطات الشهية (الأدوية " تقليل الشهية ").

فعالية العلاج وعلامات التعصب بإمكانها أن تظهر بعد فترة من

