

# 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.

## ctique :

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

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](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6986

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SERBOUTI ABDELKADER

Date de naissance : 15/10/1959

Adresse : Tranche 18 Im 23 N° 14 ATTACHAGE

Tél. : 0666181477

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 : .....

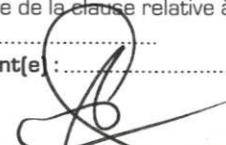
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :



## 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Dr. Faridah PARNOUD</i>	15/01/21	43169

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## 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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

## **(Création, remont, adjonction)**

The diagram shows a 16x16 grid of nodes, each labeled with a number from 1 to 16. The nodes are arranged in a specific pattern: the top row has nodes 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16; the second row has nodes 16, 15, 14, 13, 12, 11, 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1; and the third row has nodes 15, 14, 13, 12, 11, 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 16. The grid is bounded by a black border. A horizontal double-headed arrow labeled 'D' is positioned below the grid, and a vertical double-headed arrow labeled 'H' is positioned to the left of the grid. A vertical double-headed arrow labeled 'B' is positioned at the bottom center of the grid.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# صيدلية سحنون PHARMACIE SAHNOUN SAHNOUN FATIHA



## Docteur en Pharmacie

## FACTURE

№ 300059

Casablanca le : 15/9/21 Mr. S. Ben Brahim Abdelfkader

Quantité	Désignation	Prix U.	Prix T.
1	Dame fift	49,60	49,60
	<p>celle facture Anete a hisome            de 49,60</p> <p>Dr Farhat            Bd. Medecine 11            Tel: 050 21 37 01            Fax: 050 21 37 02            E: 092631762</p> <p><del>SAHOUN</del></p>		

Hay El Walaa Tranche 5 Imm 11 N° 1et3 Bd. Mohammed Zefzaf Sidi Moumen Casablanca  
Patente : 33033336 - R.C. : 242846 - I.F. : 48333104 - CNSS : 2361989 - ICE : 001644641000032

## د-كير قوي 100 000 وحدة دولية،

محلول للشرب، علبة من 3 أمبولات.

ليكالسيفiro (فيتامينD3).

ات الطبيب او الصيدلي.

الـ

- اذا احسست بآثار جانبية او اذا لاحظت اعراض اخرى في هذه النشرة، فتحدثوا الى الطبيب او الصيدلي.
- يجب الاتصال بالطبيب اذا لم تشعروا بآيات تحسن يذكر.

## les suivables

PPV: 49,60 DH

LOT: 21D27

EXP: 04/2024

- يرجى مر
- يجب عل
- احتفظ
- اصلو

## محتويات النشرة :

1. ما هو دكير قوي ومتى يتم استعماله ؟
2. ما هي المعلومات التي يجب معرفتها قبل استعمال دكير قوي ؟
3. كيفية استعمال دكير قوي ؟
4. ما هي الآثار الجانبية المحتملة ؟
5. كيفية حفظ دكير قوي ؟
6. معلومات إضافية

1. ما هو دكير قوي ومتى يتم استعماله ؟  
الصنف الدوائي الملاحمي:

الفيتامينات.

دواعي الاستعمال:

يسعمل دكير قوي 100 وحدة دولية للعلاج الأولى لنقص الفيتامين (د)

2. ما هي المعلومات التي يجب معرفتها قبل استعمال دكير قوي ؟  
لاستخدموها هذا الدواء:

- إذا كنت تعانون من الحساسية لليكالسيفiro أو لأي سواع آخر من سواغات الدواء (انظر الفقرة 6)
- إذا كنت تختس سن 18 سنة من العمر.

• إذا كان لديك فرط كالسيوم الدم (زيادة الكالسيوم في الدم) / أو  
• إذا كان لديك فرط كالسيوم البول (زيادة الكالسيوم في البول).• إذا كنت تعانون من شبه صور العدمة الجنب درقة (اضطراب في عملية استقلاب هرمون الغدة الجنب درقة)، لأن الحاجة للفيتامين (د) قد تتضمن خلال فترات الحساسية  
الطبيعية للفيتامين (د).

في هذه الحال، هناك خطر ظهور أعراض الجرعة الزائدة المزمن. مشتقات الفيتامين (د) تكون موجودة في هذه الحالات.

• إذا كان لديك اضطرابات في إفراز الكالسيوم والفوسيفات في البول.  
تحذيرات خاصة واحتياطات الاستعمال:

• إذا كانت لديك اضطرابات في إفراز الكالسيوم والفوسيفات في البول.

• إذا كنت تعانون من مرض السكري وتحتاج الى مختراع تحول فيتامين (د) إلى مستقبلة النشاط. في هذه الحال، فإنه من الضروري مرافق نسبية الكالسيوم في الدم و في  
البول.من الضروري مرافق نسبية الكالسيوم والفوسيفات عند المرضى الذين يعانون من الفشل الكلوي.  
يجب أن تزداد بعدين الأعيار نسبية الفيتامين (د) عند استعمال الأدوية التي تحتوي على هذا الفيتامين.

إن الاستعمال الإضافي للفيتامين (د) أو الكالسيوم يجب أن يتم تحت إشراف طبي. في هذه الحال، يجب فحص مستوى الكالسيوم في الدم والبول.

في حالة العلاج لفترات طويلة، و من أجل التحكم في مستويات الكالسيوم في الدم والبول، وظيفة الكلوي، من المستحسن قياس الكرياتينين في محل الدم.

هذا يزيد من اهمية خاصة عند مركبات الكالسيوم والفوسيفات التي تستخدم لتحسين وظيفة الكلوي، أو مدرات البول (التي تستخدم لتحسين  
إفراز البول).

في حالة ظهور زيادة للكالسيوم الدم أو علامات الفشل الكلوي، ينبغي تخفيف الجرعة أو وقف العلاج مؤقتاً إذا تجاوزت نسبة