

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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.

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.

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

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



Maladie

Dentaire

Optique 108114 Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 654 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Fatima Najib

Date de naissance :

Adresse : Hay El Phana Rd 25 N° Casablanca

Tél. : 06 16 91 16 03 Total des frais engagés : 10000 Dhs

Autorisation CNPD N° : A-A215 / 2019

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin : Dr Abdessi Mohamed, Spécialiste Générale Echographie, 308 Rue 37 N° 139, Almadrabi, Casablanca, 201238 Date de consultation : 10/03/2022

Nom et prénom du malade : NAJIB fatima Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Digestive

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
10/12/22	O	150 dh	<i>Mohamed Elcabi Abbassi</i>	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Hormone JAH MINARET 39, Rue 57 Bloc 308 Saada ay 105287 INPE:092405287 Tél 05 22 60 14 39	10/31/22	361,20

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

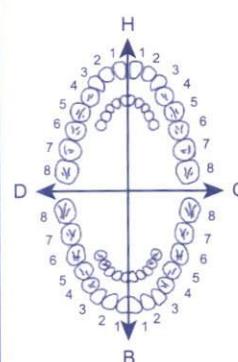
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. BELCADI ABBASSI MOHAMED
MEDECINE GENERALE

Faculté de Médecine de LILLE
DIPLOME D'ECOGRAGIE CLINIQUE

Casablanca, le:

الدكتور بلقاصي العباسى محمد
الطب العام

كلية ليل (فرنسا)

شهادة التشخيص بالأمراض مأذوق الموثوية

الدار البيضاء، في

10/3/2022

٢٣٦١٢٠

NATIB Fatima

134,00

Cibalax

PPC : 134 DH 00



5 420044 310395

1 sachet

139,00

Mesolax



1 gélule

13,30

Artane

PHARMACIE N°41 MINIF
39, Rue Mohamed V
Hay Mohammadi
Tel: 05 22 60 14 39
Saada 2
Casablanca

74,40

Sig

سعادة "2" بلوك 308 رزقة 37 رقم 139 الحي المصدي الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 60 14 38
Saâda "2" Bloc 308 Rue 37 N°139 Hay Mohammadi Casablanca - Tél.: 05 22 60 14 38

74,90

ارتان® 5 ملغ

كلورهيدرات التريهيكسيفينينيديل

أقراص

تعريف الدواء

المكونات

كلورهيدرات تريهيكسيفينينيديل

السواغات: لاكتوز أحادي المائية، نشا الذرة (غلوتين)،

سيليكا غرواني مائي (ليقيليت)، طالك، سيارات

المغنيسيوم ك.ك.ل.، قرص واحد.

الشكل الصيدلي والتقديم

أقراص، عبة 20.

الصنف الصيدلي العلاجي

مضاد باركنسون مضاد المفعول الكوليبي

(الجهاز العصبي المركزي)

في أية حالات يستعمل فيها هذا الدواء

يُنصح هذا الدواء في مرض الباركنسون وتزامن

الأعراض الباركنسونية الناتجة عن علاج مضاد للذهان.

انتباه!

في أية حالات لا يجب استعمال هذا الدواء

لا يجب استعمال هذا الدواء في الحالات التالية:

• الزرق بانغلاق الزاوية (ارتفاع الضغط داخل العين)،

• سرعة القلب، (ذلت، انصباب، ستاتي أو آخر)،

• بـ (بـ)، ARTANE 5MG

CP B20

P.P.V : 13DH30



6 118030 060314

في حالة الشك، من الضروري استشارة الطبيب أو

الصيدلي.

تحذيرات خاصة

- قد تحدث اضطرابات نفسية: في جميع الأحوال، يجب إبلاغ الطبيب.

- بسبب وجود لاكتوز، لا يجب استعمال هذا الدواء في حالة وجود الغالاكتوز في الدم، تزامن أعراض سوء امتصاص غلوكوز وغالاكتوز أو نقص لاكتاز (أمراض أيضية نادرة).

احتياطات الاستعمال

- لا توقف العلاج فجأة دون استشارة طبية.

- في حالة سوابق مرض انسداد المعي (مثل إمساك خطير) أو انحباس بولي، إبلغ الطبيب.

- تفاعلات بين الأدوية وتفاعلات أخرى من أجل تفادى تفاعلات محتملة بين عدة أدوية، يجب إبلاغ الطبيب أو الصيدلي مباشرة عن أي علاج آخر موازى.

الحمل - الرضاعة

الحمل

- من المستحب عدم استعمال هذا الدواء خلال الحمل، إذا اكتشفت أنك حامل، استشيري الطبيب، لأنه الوحيد الكفيل بتحديد ضرورة متابعة العلاج.

الرضاعة

- ينصح بعدم الرضاعة خلال العلاج.

- بصفة عامة، ينبغي دائمًا خلال الحمل والرضاعة استشارة الطبيب أو الصيدلي قبل تناول أي دواء.

السائقون ومستعملو الآلات

- قد يسبب استعمال أرتان اضطرابات في الرؤية أو الانتباه، مما يجعل قيادة السيارات تتشكل خطراً.

- لانحة السواغات اللازم معرفتها من أجل استعمال دون خطر لدى بعض المرضى

لاكتوز: 140.7 ملغ لكل قرص 5 ملغ