

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.

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

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

Déclaration de Maladie

N° W21-700923



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricule : 13 IX Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Diry Oussama

Date de naissance : 14/02/1995

Adresse : 115 La colline Media

Tél. : 0661220943 Total des frais engagés : 441,30 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

DR. ABDALLAH JADID
MEDECIN GENERALISTE
DIPLOME DE DIABETOLOGIE
604, BD ABDELKrim KHATTABI DERB CHABAB
MOHAMMEDIA - TÉL : 06 23 3142 42
L.N.P. 891096498

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/12/2022

Nom et prénom du malade : Mirey ou Sama. Age : 27

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie : DM DD

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.

Le : 26/03/2022

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
25/3/22			150	<p style="text-align: center;">  DR. ABDALLAH JADOUN MEDECIN GENERALISTE BACHELIER DE DIABETOLOGIE 55 BD ABDELKrim KHATTAB DERB CHARAB MOHAMMEDIA - TEL: 05 23 3142-2 NIP: 091090498 </p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourmisseur	Date	Montant de la Facture
P<small>HARMACIE KAMILIA</small> Ep. BENABDERRAHMANE Rue Maghrib Arabi - Allo immedia - Tel: 05 23 32 23 23	23/07/2022	29290

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

ANNEXE B ANNEXE MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H			
	25533412 00000000	21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D	G		
	00000000 35533411	00000000 11433553		
	B			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession			
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Abdallah JADID

Médecin Généraliste

DIPLÔME DE DIABETOLOGIE

(Faculté de Médecine Montpellier 1)
FRANCE



الدكتور عبد الله جاديد

الطب العام

حامل دبلوم جامعي في داء السكري

(كلية الطب مونبولي)

فرنسا

ORDONNANCE

Mohammedia, le :

28/3/22

المحمدية، في:

Amry oussama.

(R)

D PRAMA

U.P

1000

UN

my

0

1

26/100

Creslor

20

un

21295
11 2025
31.30

31,30

DR. ABDALLAH JADID
MEDECIN GENERALISTE
DIPLOME DE DIABETOLOGIE
604, BD ABDELKRAM KHATTAB DERB CHABAB
MOHAMMEDIA - Tél : 05 23 3142-12
I.N.P 091090498

PHARMACIE EL ALIA
KAMAL KHATIBA
Ep. BEN A DERRAZIK
Rue Moulay Arabi - Alia
Mohammedia - Tel : 05 23 322435

Rendez-vous le :

شارع عبد الكريم الخطابي، درب الشباب العالمية المحمدية 604

الهاتف: 05 23 31 42 42 / Tél : 05 23 31 42 42

604, Bd Abdelkrim Al Khattabi, Derb Chabab El Alia Mohammedia / Urgences : 06 61 06 39 03 : - إستعمال: E-mail: jadidabdelah01@hotmail.fr

البريد الإلكتروني: jadidabdelah01@hotmail.fr

Notice : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

**CRESTOR 5 mg, comprimé pelliculé
CRESTOR 10 mg, comprimé pelliculé
CRESTOR 20 mg, comprimé pelliculé**
Rosuvastatine

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- 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 vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que CRESTOR, comprimé pelliculé et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre CRESTOR, comprimé pelliculé ?
3. Comment prendre CRESTOR, comprimé pelliculé ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver CRESTOR, comprimé pelliculé ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

1. QU'EST-CE QUE CRESTOR, comprimé pelliculé ET QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : Inhibiteur de l'HMG-CoA réductase -
code ATC : C10A A07

CRESTOR appartient au groupe des médicaments appelés statines.

CRESTOR vous a été prescrit parce que :

Vous avez un taux élevé de cholestérol ce qui signifie que vous présentez un risque de faire une attaque cardiaque ou un accident vasculaire cérébral. CRESTOR est utilisé chez les adultes, les adolescents et les enfants âgés de 6 ans et plus pour traiter un taux de cholestérol élevé.

Ne prenez jamais CRESTOR, comprimé pelliculé :

- Si vous êtes allergique à la rosuvastatine ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6.
- Si vous êtes enceinte, si vous allaitez, arrêtez immédiatement le traitement et prévenez votre médecin ; il convient de prendre un contraceptif approprié pour éviter d'être enceinte pendant le traitement par CRESTOR.
- Si vous avez actuellement des problèmes hépatiques.
- Si vous avez des problèmes rénaux graves (si vous avez un doute, demandez à votre médecin).
- Si vous avez des troubles musculaires appelés myopathie (douleurs musculaires répétées ou inexpliquées).
- Si vous prenez de la cyclosporine (utilisée par exemple lors de greffes d'organes).

Si vous êtes concernés par l'une de ces situations (ou si vous avez un doute), parlez-en à votre médecin.

Si ne devez pas prendre 40 mg de CRESTOR (dosage le

- z une insuffisance rénale modérée (en cas de doute, z à votre médecin) ;
- z des troubles de la thyroïde ;
- z des douleurs musculaires répétées ou inexpliquées, édents personnels ou familiaux de problèmes musculaires ; avez déjà présenté des douleurs musculaires avec un autre ,ent abaissant les taux de cholestérol ;

- Vous consommez régulièrement des quantités importantes d'alcool ;
- Vous êtes d'origine asiatique (japonais, chinois, philippin, vietnamien, coréen et indien) ;
- Vous êtes déjà traité par un autre médicament abaissant les taux de cholestérol appelé fibrate.

Si vous êtes concernés par l'une de ces situations (ou si vous avez un doute), parlez-en à votre médecin.

Avertissements et précautions