

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 du 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

- Reclamation : 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

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019



Déclaration de Maladie

N° W21-675551

116556

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société :	
Matricule : 9387		Autre :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	Nom & Prénom : EL KITEL FOUAD	
Date de naissance : 20/11/1968		Adresse : SIESTA BEACH N° 13 NOMADES	
Tél. : 0661397225		Total des frais engagés : 1000000000 DHS	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 13/05/2022			
Nom et prénom du malade : MOUENABIT Mohamed			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 :

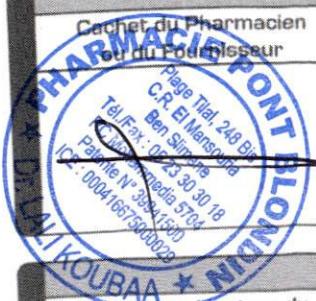
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 26/05/2022

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
13/05/2022	CS	3000 + 00	3000,00	INP : 091128801

EXECUTION DES ORDONNANCES



Cachet du Pharmacien
ou du Pharmacien
Date 13.05.2022 Montant de la Facture 341,30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>	COEFFICIENT DES TRAVAUX															
	MONTANTS DES SOINS															
	DEBUT D'EXECUTION															
	FIN D'EXECUTION															
<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	D	00000000	00000000	35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412	21433552													
	00000000	00000000	00000000													
	D	00000000	00000000													
35533411	11433553															
B																
MONTANTS DES SOINS																
DATE DU DEVIS																
DATE DE L'EXECUTION																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															

Dr. Maha ELKADIRI

Psychiatre – psychothérapeute

Spécialiste en

Psychiatrie de l'adulte

Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Addictologie

Thérapie cognitivo-comportementale



المكتورة مها القادري

طبيبة نفسانية

إختصاصية في:

الطب النفسي للأطفال

الطب النفسي للأطفال والمرأة

معالجة الإدمان

العلاج السلوكي المعرفي

13/01/2022

rounagit Keltoum.

83,70 + 2 (167,40)
→ Deroad long

Pharmacie Pont Blondin
N° : 009.231
Le : 13/01/22

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1.
Ain seba Casablanca
SOLIAN 50mg, cp B.30
P.P.V : 85,10 DH
6 116000 061458

85,10 + 2 (170,20)

→ Solian 50 mg

Pharmacie Pont Blondin
N° : 009.232
Le : 13/01/22

36,70
35

Ana.ol 6 mg

Pharmacie Pont Blondin
N° : 009.233
Le : 13/01/22



arrêt

→ 37430

Dr. Maha ELKADIRI
Psychiatre - Psychothérapeute
Residence Rawiya, Imm. A, 3ème Eta. App. 15
Abderrahmane Serghini, Mohammedia
Tél : 05 23 30 21 20

إقامة راوية، عمارة (أ) الطابق 3، الشقة 15، شارع عبد الرحمن السرغيني، المحمدية

Résidence Rawiya, Immeuble A, 3^{ème} étage, Appt15, Bd Abderrahman Serghini, Mohammedia.

Tél : 05 23 30 21 20 - Email : dr.elkadirimaha@gmail.com



- أو الصيدلي.
- التفاعلات مع الأغذية والمشروبات:
- أونكتسيول، أقراص قابلة للكسر (إلى 4 أجزاء) مع الأغذية، المشروبات والكحول يصبح عدم استهلاك الكحول بشكل موزاري.
- التفاعلات مع منسحقات التداوي بالاعشاب أو العلاجات البديلة.
- لا ينطبق.
- عد الترخيص للدواء مهما يمكن من المراقبة.

10. الاستعمال في حالة العمل والرضاة

- العمل يجب عدم استعمال هذا الدواء خلال العمل إلا بتصريح من الطبيب، إذا اكتسبت تلك حامل استثنائي الطبيب، إنه الوحيد قادر على تحديد ضرورة موافقة العلاج.
- الرضاة يتطلب هذا الدواء إلى حلب الأم وبالتالي يتطلب عدم الإرضاع.
- استثنائي الطبيب أو الصيدلي قبل تناول أي دواء.
- الجرعة، مول إلى حالة من الإدمان البدني والنفسى.

11. التأثيرات المكثفة للعلاج على القدرة علىقيادة السيارات واستعمال الالات

- يتر الآباء إلى manus أو تقاضي البقظة المفترضين باستعمال هذا الدواء.
- يتصبح عدم الاستعمال المفترض مع أدوية مهدئة أو ملهمة ومع الكحول بطيئة الحال، في حالةقيادة السيارات إذا كانت مدة اليوم غير كافية، يتزايد خطر تغافل البقظة.
- قطاع، عادي للشخص المسوء أو للاتصال الجدي،

12. الأعراض والتحذيرات في حالة جرعة مفرطة

- إذا تناولت أونكتسيول، أقراص قابلة للكسر (إلى 4 أجزاء) أكثر مما يجب: استنشق فورا الطبيب أو الصيدلي.
- ها أفضل وفادة ضد ظاهرة الانقطاع دون خطر، مع إعادة الظهور الموقت للأعراض.

13. ما العمل في حالة تسبّب جرعة واحدة أو عدة جرّعات

- إذا نسبت تناول أونكتسيول، أقراص قابلة للكسر (إلى 4 أجزاء): تناول الجرعة الموقته المائية في الساعة الاعتدية في اليوم الموالي، لا تتناول جرعة متزوجة لتعزيز العبرة المائية التي نسبت تناولها.
- الحركة في الساعات التي تلي تناول هذا الدواء،

14. الإشارة عند الضرورة إلى خطر متلازمة الانقطاع

- إذا توفرت عن تناول الأونكتسيول، أقراص قابلة للكسر (إلى 4 أجزاء): ظواهر الانقطاع والارتداد (انظر التحذيرات).
- في أسرع وقت ممكن.

15. شروط وصف والتسليم

- جدول (القائمة 1) منه الوصف محددة في 12 أسبوع.
- الخطب احتفاظات خاصة للخطب لا توجد احتفاظات خاصة للخطب.
- الخطب ملحوظ على ما تكون خطب على هذه الفئة.

16. تناول الدواء

- يترك بعد عن متناول ومرأى الأطبال.
- لا يستعمل بعد تاريخ انتهاء الصلاحية المدون على العلبة.
- آخر تاريخ تمت فيه الموافقة على هذه التسراة: 2019
- غير موصى من في الكبد، الإدمان على المسبن.

نصائح وتحذيرات صحية:

- الدواء ليس متاحا كافية المنتجات.
- يتعلق الأمر بك و بصحتك.
- الدواء منتج شفاف.
- ممكن بحث طرول من اكتفاف شاشاته.
- لمن تتناوله لا يكون دائما دون مخاطر.
- لا يجب استعمال الأدوية بغير اطر.
- لا يجب استعمال الأدوية إلا بالاستشارة.
- استعمال الأدوية الموصوفة حسب وصفة الطبيب.
- إنه على علم بالأدوية التي تختلطها.
- اتبع تعليماته حرفا: تتبع العلاج الموصوف، لا توفره ولا إبداء بمقداره منك.
- الصيادي على دراية بالدواء/اتبع نصائحه.
- لا يتعلق الأمر بتناول العديد من الأدوية.
- بل يتعلق الأمر بتناول الأدوية التي أنت في حاجة إليها.
- غير موصى من في الكبد، الإدمان على المسبن.

- تناول به قبل تناول هذا الدواء.
- دون من عدم تحمل غالاكتوز، نفس في لاكتاز لاب أو مراض وراثية نادرة).

يدلي.

(جزاء)

(جرع)

بات بدلة بما فيها بوريليتورفين

من تصنيع:

COOPER

PHARMA زنقة محمد الدبوري 20110 الدار البيضاء

المختبر المركب بال المغرب:



SOCIÉTÉ MAROCAINE DE PHARMACIE

سيمنوك المغرب
كلم 4 الطريق القديمة للطمارن طنجة

36,30

بعض ماكروا
ه حصلت عليه دون وحنة طيبة، تحدث إلى تطبي