

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 canaux, 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 canaux.

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

M22- 0023843

137780

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7396 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BAGDAD KANIN

Date de naissance : 21/08/65

Adresse : RUE 3 VILLA 35 BO ABIRAK RAK

EL OULFA

Tél. : 0661306662 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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

29/10/22 49.80

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

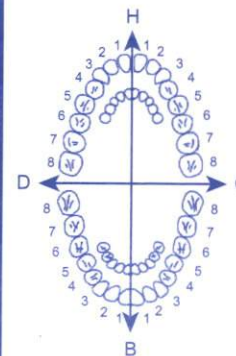
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
35533411	11433553		

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

PHARMACIE LOUKKOS

YOUNES BELAYACHI

125.127 AV. OUED ZIZ - OULFA-

CASA

Taxe Profes. N°: 37989118

N° R.C. : 256277

N° CNSS : 2346882

N° ID.F. : 40482148

N° ICE: 001512220000076

Tel : 0522905107

Fax :

BAGDAD KARIM

Le : 29/10/2022

FACTURE N°: 3677/22

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	FLAGYL 500 MG / 20 CP	49,80	7	49,80

TVA 7%: 3.26

Total : 49,80

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

QUARANTE NEUF DIRHAMS ET QUATRE-VINGTS CTS

PHARMACIE LOUKKOS S.R.L.
YOUNES BELAYACHI
125-127 Bagdad Ziz Oulfa Casablanca
Tel / Fax: 05 22 80 51 07



PER: 03 2026

LOT: 21E011

FLAGYL 500 mg
CP PEL B20

P.P.V : 49DH80



6 118000 060062

50

منتظمة، بواسطة تحاليل دموية.

• في حالة علاج مطول، من المهم إبلاغ الطبيب في حالة ظهور اضطرابات عصبية (تمل، صعوبة في تنسيق الحركات، دوار، اختلاجات).

في حالة الشك، لا تتردد في استشارة الطبيب أو الصيدلي.

ث. تفاعلات بين الأدوية وتفاعلات أخرى :

من أجل تفادي تفاعلات محتملة بين عدة أدوية، وخاصة مع ديسولفيرام والكحول، يجب إبلاغ الطبيب أو الصيدلي مباشرة عن أي علاج آخر موازي.

قد يخل تناول هذا الدواء بنتائج بعض فحوص المختبر (بحث اللوليبات : تريبونما)؛ قد يؤدي ميترونيدازول بالفعل إلى نتائج إيجابية عن طريق الخطأ لاختبار نيلسون.

ج. الحمل والرضاعة :

عند الحاجة، يمكن تناول هذا الدواء خلال الحمل. لكن ينبغي استشارة الطبيب أو الصيدلي قبل تناول هذا الدواء.

تجنبي الرضاعة خلال تناول هذا الدواء.

بصفة عامة، خلال الحمل أو الرضاعة، ينبغي دائما استشارة الطبيب أو الصيدلي قبل استعمال أي دواء.

ح. القيادة واستعمال الآلات

يثار الانتباه، خاصة لدى سائقي السيارات ومستعملي الآلات، إلى مخاطر الدوار، الارتباك، الهلوسة أو الاختلاجات، المرتبطة باستعمال هذا الدواء.

خ. لا نحة السواغات من الضروري معرفتها من أجل استعمال دون

خطر لدى بعض المرضى :

نشا القمح (غلوتين).

4. كيف يجب استعمال هذا الدواء

أ. الجرعات :

هذا الدواء خاص بالبالغين والأطفال ابتداء من ست سنوات. لدى الأطفال دون ست سنوات، توجد أشكال ملائمة أكثر.

تتوقف الجرعة على السن والاستعمال العلاجي.

على سبيل البيان، الجرعة الاعتيادية هي :

• لدى البالغين : من 0.750 غ/ اليوم إلى 2 غ/ اليوم،

• لدى الأطفال : /500 ملغ إلى 20 - 40 ملغ/كـلغ/ اليوم.

في بعض الحالات، من الضروري علاج شريكك، سواء ظهرت لديه علامات سريرية أم لا.

في جميع الأحوال، يجب احترام وصفة الطبيب.

ب. طريقة وكيفية الاستعمال :

عن طريق الفم.

بلع الأقراص مع الماء.

500 ملغ
K30. ستيارات المغنيسيوم،
لكل قرص مغلف.

مضادة الطفيليات من فئة نيترو

فيها هذا الدواء

س التعفّنات ذات جراثيم حساسة

استعمال هذا الدواء :

في الحالات التالية :

إيميدازول (فئة المضادات الحيوية

تين، بسبب توفر الدواء على نشا

الدواء في استعمال مشترك مع

ت كحولية، أدوية تحتوي على

ساعة الطبيب أو الصيدلي.

الكحولية خلال هذا العلاج بسبب

حرارة، قيء، تسرع النظم القلبي،

طبيب في حالة ظهور سوء تنسيق

لارتباك.

وإن إذا كنت تعاني من اضطرابات

طفال قبل سن السادسة، بسبب خطر

علاج بجرعة كبيرة و/أو علاج

مكونات الدم لديك بصفة