

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7394 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BAGDAN HAKAM

Date de naissance : 21/08/65

Adresse : RUE 3 VILLA 35 Bd ABIRAK RAU

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 :

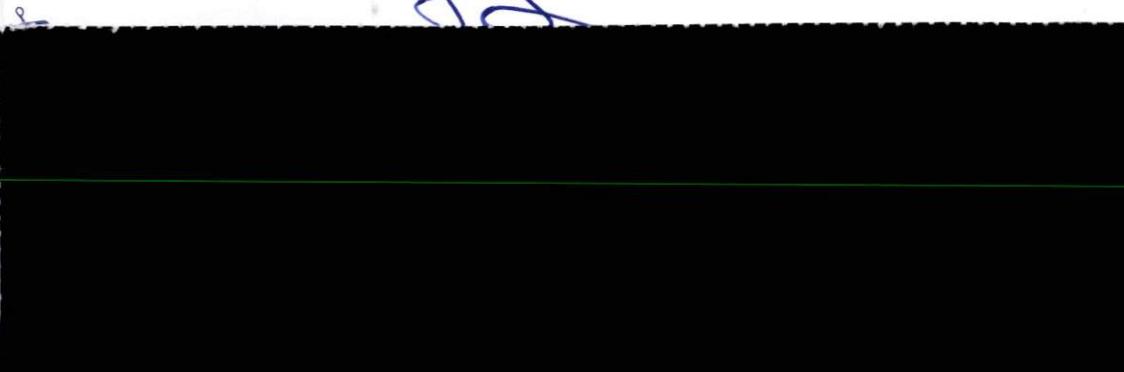
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



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
PHARMACIE LOUKA YOUNES BEAAYAO 25, 12/BD Oura 42 - Ditta Casablanca Tél / Fax: 05 27 90 51 07	29/10/12	49.80

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	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	MONTANTS DES SOINS	
	H 25533412 00000000 35533411 G 21433552 00000000 11433553		
	D 00000000 B		
	G 00000000		
	B 35533411		
	H 21433552		
	G 00000000		
	B 11433553		
	H 25533412		
	G 00000000		
	B 35533411		

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
YOUNES E.
125-127 Bd Oued Ziz
Tel/Fax: 05 280 51 07
Casablanca

FLAGYL 500 mg
CP PEL B20
P.P.V : 49DH80

LOT : 21E011
PER : 03 2226

6 118000 060062

50

منتظمة، بواسطة تحاليل دموية.
• في حالة علاج مطول، من المهم إبلاغ الطبيب في حالة ظهور اضطرابات عصبية (تنميل، صعوبة في تنسيق الحركات، دوار، اختلالات).

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

ث. تفاعلات بين الأدوية وتفاعلات أخرى:
من أجل تقادمي تفاعلات محتملة بين عدة أدوية، وخاصة مع ديسولفيرام والكحول، يجب إبلاغ الطبيب أو الصيدلي مباشرة عن أي علاج آخر هوائي.

قد يخل تناول هذا الدواء بنتائج بعض فحوص المختبر (بحث اللولبيات : تريبونينما)؛ 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.

تجنبى الرضاعة خلال تناول هذا الدواء.
يصفة عامة، خلال الحمل أو الرضاعة، ينبغي دائماً استشارة الطبيب أو الصيدلي قبل استعمال أي دواء.

ح. القيادة واستعمال الآلات
يشار الانبهاء، خاصة لدى سائقى السيارات ومستعملى الآلات، إلى مخاطر الدوار، الارتكاك، الهلوسة أو الاختلالات، المرتبطة باستعمال هذا الدواء.

خ. لـحة السواغات من الضروري معرفتها من أجل استعمال دون خطير 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.

توقف 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 ملء إلى 20 - 40 ملء/كلغ/اليوم.

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

في جميع الأحوال، يجب احترام وصفة الطبيب.

ب. طريقة وكيفية الاستعمال:

عن طريق الفم.

بلغ الأقراص مع الماء.

..... 500 ملخ
ن K30، سيارات المغنيسيوم،
كل قرص مغلف.

مضادة الطفيلييات من فئة نيترو

فيها هذا الدواء
من التعفنات ذات جرائم حساسة

استعمال هذا الدواء :
في الحالات التالية:
الميدازول (فئة المضادات الحيوية

تين، بسبب توفر الدواء على نشا
الدواء في استعمال مشترك مع
كحولية، أدوية تحتوي على

سارة الطبيب أو الصيدلي.

ن الكحولية خلال هذا العلاج بسبب حرارة، قيء، تسرع النظم القلبية.

الطبيب في حالة ظهور سوء تنسيق لارتكاك.

دواء إذا كنت تعاني من اضطرابات طفال قبل سن السادسة، بسبب خطر

ة، علاج بجرعة كبيرة وأعلاج
مكونات الدم لديك بصفة