

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0051809

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2087

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JADOUAL Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0660107643

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur SATI Hicham
RHUMATOLOGUE
Bd. Bouziane Résidence Farhatine 5
Appt.5 Sidi Othmane - Casablanca
Tél.: 05 22 37 14 14

Date de consultation : 03/04/23

Nom et prénom du malade : JADOUAL Mohamed Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

N. OB

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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.

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 31/04/23 | cr | | 300 D.F. | |
| 7/04/23 | infiltho | | 300 D.F. | Docteur SIDI OTHMANE RHUMATOLOGISTE Bd Bouziane Résidence Appt.5 Sidi Othmane 1000 Tel.: 05 24 32 00 00 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| MLOU FILALI PHARMACIE JAH 326 AV. CASABLANCA Diplômé de PARIS | 03/04/23 | 207.60 |

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 canalaire, 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 |
| | | | | Coefficient des Travaux |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 00000000 | 00000000 |
| G | 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Hicham SATI

Spécialiste en Rhumatologie

Maladies Rhumatismales

Articulations - OS. et Colonne vertébrale



- Ancien Professeur Assistant des Hôpitaux de France
- Diplôme Universitaire de la douleur
- Membre International du Collège Americain de rhumatologie et de la Société Française de Rhumatologie
- Diplôme en Rhumatologie Pédiatrique

Sur Rendez-vous - Horaire Continue

الدكتور هشام ساطع

اختصاصي أمراض المفاصل

والروماتيزم والعظام والعمود الفقري

- أستاذ مساعد بالمستشفيات
الفرنسية سابقا

- عضو المعهد الأمريكي لأمراض الروماتيزم
والجمعية الفرنسية لأمراض الروماتيزم

- دبلوم جامعي في علاج الألم
شهادة الترويض الطبي

- دبلوم في روماتيزم الأطفال

بالوعود التوثيق المستمر

Distribué par MSD Maroc
AMM 74/19 DMP/21/NRQ
P.P.V: 56.60 DH

45,80

Casablanca, le :

الدار البيضاء في :

Docteur SATI
RHUMATOLOGUE
Bd. Bouziane Résidence Farhatine 5
Appt. 5 Sidi Othmane - Casablanca
Tel.: 05 22 37 14 14

23.10

Mycon

82.10

Le 202 Dog

UT. AV : 09 2025 P.P.V

LOT N° : 6P3697 23 10

LOT 221249 /
EXP 04/2024
PPV 82.10DH

Docteur SATI
RHUMATOLOGUE
Bd. Bouziane Résidence Farhatine 5
Appt. 5 Sidi Othmane - Casablanca
Tél.: 05 22 37 14 14

56.60

Diplômes et

reçu

207.60



Docteur Sidi Hicham
RHEUMATOLOGIE
Bd. Bouziane - Guidance Farhatine 5
Appt. 5 Sidi Othmane - Casablanca
Tél : 05 22 37 14 14



Cortancyl® 20 mg

Prednisone

Comprimé sécable

SANOFI

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.

1. QU'EST-CE QUE CORTANCYL 20 mg, comprimé sécable ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique - code ATC : H02AB07

GLUCOCORTICOÏDES - USAGE SYSTEMIQUE.

(H. Hormones systémiques non sexuelles).

Indications thérapeutiques

Ce médicament est un corticoïde (également appelé anti-inflammatoire stéroïdien).

Ce médicament est réservé à l'adulte et à l'enfant de plus de 6 ans et de plus de 20 kg.

Ce médicament est utilisé dans de nombreux cas. Il est utilisé pour son effet anti-inflammatoire dans le traitement de nombreuses affections allergiques.

À fortes doses, ce médicament diminue les fonctions immunitaires et est donc également utilisé pour traiter le rejet de greffes d'organes.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS

DE PRENDRE CORTANCYL 20 mg, comprimé sécable

Si votre médecin vous a informé(e) d'une affection sucre, contactez-le avant de prendre ce médicament.

Ne prenez jamais CORTANCYL 20 mg, comprimé sécable

- Si vous êtes allergique à la prednisone ou à l'un des composants contenus dans CORTANCYL 20 mg, comprimé sécable, mentionnés à la rubrique 6.
- Si vous avez une infection.

- Si vous souffrez actuellement d'une maladie virale (hépatite virale, varicelle) ou qui peut réapparaître (herpès, zona).
- Si vous avez des problèmes mentaux et que vous n'êtes pas traité pour ceux-ci.
- Si vous devez être vacciné par un vaccin vivant (par exemple contre la rougeole, la varicelle, la fièvre jaune...).
- Chez l'enfant de moins de 6 ans car il peut avaler de travers le comprimé et s'étouffer.

Avertissements et précautions

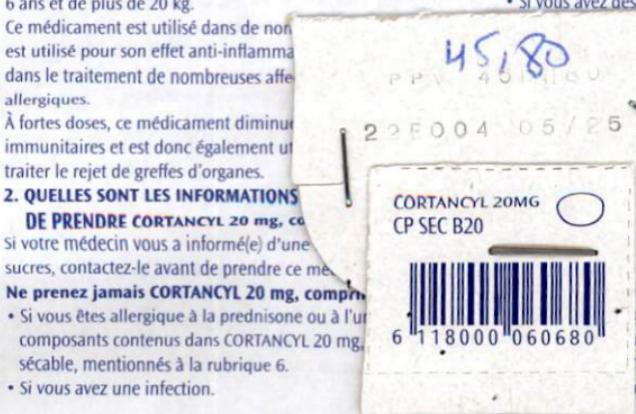
Ce médicament doit être pris sous stricte surveillance médicale.

Avant le traitement, prévenez votre médecin :

- Si vous avez été vacciné récemment,
- Si vous avez un ulcère digestif, une maladie du gros intestin, ou si vous avez été opéré récemment pour un problème d'intestin,
- Si vous avez du diabète (taux de sucre trop élevé dans le sang), ou une tension artérielle élevée,
- Si vous avez une infection (notamment si vous avez eu la tuberculose),
- Si vos reins ou votre foie ne fonctionnent pas correctement,
- Si vous souffrez d'ostéoporose (maladie des os avec une fragilité des os) et de myasthénie grave (maladie des muscles avec fatigue musculaire),
- Si vous avez séjourné dans les régions tropicales, subtropicales ou le sud de l'Europe, en raison du risque de maladie parasitaire,
- Si vous avez une maladie des glandes surrénales appelée Syndrome de Cushing,
- Si vous avez des problèmes rénaux ou un taux élevé d'acide urique.

avant de commencer le traitement par CORTANCYL 20 mg, comprimé sécable. Vous devez informer votre médecin si vous présentez des symptômes du syndrome de Cushing (crampes musculaires, faiblesses, perte de vision ou troubles visuels, tachycardie, rythme cardiaque irrégulier ou augmentation de la quantité d'urine ou d'urine) au cas où vous souffririez d'une affection (voir rubrique 4 « Quels sont les effets secondaires possibles »).

Le médecin avant de prendre CORTANCYL 20 mg, comprimé sécable si vous souffrez d'une affection connue sous le nom de sclérose en plaque (trouble auto-immun), car des doses de 15 mg ou plus peuvent augmenter le risque d'une complication grave appelée crise rénale.



Dr. Hicham SATI

Spécialiste en Rhumatologie

Maladies Rhumatismales

Articulations - OS. et Colonne vertébrale

- Ancien Professeur Assistant des Hôpitaux de France
- Diplôme Universitaire de la douleur
- Membre International du Collège Americain de rhumatologie et de la Société Française de Rhumatologie
- Diplôme en Rhumatologie Pédiatrique



الدكتور هشام ساطع

اختصاصي أمراض المفاصل

والروماتيزم والعظام والعمود الفقري

- أستاذ مساعد بالمستشفيات

الفرنسية سابقا

- عضو المعهد الأمريكي لأمراض الروماتيزم

والجمعية الفرنسية لأمراض الروماتيزم

- دبلوم جامعي في علاج الألم

- شهادة الترويض الطبي

- دبلوم في روماتيزم الأطفال

Casablanca, le :

02/4/183

Facture

Nom :

JADOUAL

Prénom :

Melaine)

Date :

04/4/183

Prix de infiltration: 300 DH

Docteur SATI Hicham
RUE ATOSOGUE
Bd. Bouziane - Résidence Farhatine
Appt.5 Sidi Othmane - Casablanca
Tel.: 05 22 37 14 14