

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ▪ 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.

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent(e)</b>			
Matricule : <u>482</u>		Société : <u>176885</u>	
<input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e)		<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>AMRI RAHAD</u>		Date de naissance : <u>10/91</u>	
Adresse : <u>SALM A HME8 RUE 82 NO 7</u>		Tél. : _____	
Total des frais engagés : _____ Dhs			
<b>Cadre réservé au Médecin</b>			
Cachet du médecin :			
<i>Dr. BELAMINE Fatima Médecin Généraliste 55, Boulevard Joudar Salmia II Sidi Othmane - Tél.: 0522 38 56 23</i>			
Date de consultation : <u>08/08/2023</u>			
Nom et prénom du malade : _____			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>cervelosse</u>			
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) : H. BOUZACHENE



#### **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
07/02/2013	C	1	15000	INP : 09/01/2013 Dr. BELAMINE Fatima Médecin Généraliste Salaire II Téléphone : 03 88 56 23

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Mme FILALI GUENI 226, Boulevard Al Joumh Salmia 2 - Casabianca Tel: 05 22 38 01 47 CE: 00211585400000 L.P.E: 09200000000000	20/08/83	34,00

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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	INP : <input type="text"/>														
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>														
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>														
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>														
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>														
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																	
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">H</td> <td style="padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">B</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>														
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>														
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																		

*Dr BELAMINE Fatima*

OMNIPRATICIEN

Echographie Clinique

Cu Douleur et Soins de Support

Bd. Joulane N° 55 Sidi Othmane

Lot. Salmia 2 - Casablanca

Tél. : 05.22.38.56.23

GSM : 06.31.46.04.61

الدكتورة بلامين فاطمة

الطب العام

الفحص بالصدى

علاج الآلام بالدعم

شارع الجولان رقم 55 سيدى عثمان

حي السالمية 2 - الدار البيضاء

الهاتف : 05.22.38.56.23

المحمول : 06.31.46.04.61

Casablanca, le

08/08/2023

دار البيضاء، في

ANRI

Fatima

37,50



Doula għadha

100x215 x 85

**PHARMACIE FADILA CASABLANCA**  
 Mme FILALI GUENNOUN Ibtissam  
 226, Boulevard Al Joulane  
 Salmia 2 - Casablanca  
 Tél.: 05 22 38 01 47  
 ICE : 002115854000092



# دولاستان® 500 مغ / 2 مغ

أقراص

نوية من 20 قرصاً

باراسيطامول / ثيوكوليشيكوزيد

**DULASTAN®**  
500 mg/2 mg

Boîte de 20 comprimés



6 118000 360063

**DULASTAN®** 500 mg/2 mg

Boîte de 20 comprimés

37,00

يرجى الاطلاع بانتباٰه على هذه النشرة بأكملها قبل تناول هذا الدواء.  
احفظها بهدف التشريٰة قد تحتاج إلى قراءتها من جديد.

إذا كانت لديك أسلة أخرى، إذا كان لديك شك، اطلب المزيد من المعلومات من الطبيب  
لقد تم وصف هذا الدواء لك بشكل شخصي، لا تقم بإعطائه لشخص آخر حتى في

إذا أصبح أحد الأعراض غير المرغوب فيها خطيراً أو إذا لاحظت وجود عوارض غير  
تحدث عن ذلك مع الطبيب أو مع الصيدلي.

التركيب النوعي والكمي:

باراسيطامول

ثيوكوليشيكوزيد

الساغ

قائمة المخواج الذي من الواجب معرفته لاستعمال بدون خطر عند بعض الماء  
نشا القمح، لاكتوز.

الصنف الصيدلاني والعلمي:

يتسبّب باراسيطامول إلى مجموعة الأدوية الخاضفة للحرارة و مزيل للألم  
ثيوكوليشيكوزيد يتسبّب إلى مجموعة أدوية إرتخاء العضلات.

الوصف:

- معالجة الأعراض الناتجة عن آلام العضلات أو الصدمة الروماتيزم بالصدمة وأمراض النساء.  
- كعلاج ساعد أثناء تقلصات مؤلمة.

\* من الأضطرابات التنكستية في العمود الفقري والإضطرابات مhanaة العمود الفقري: صغر وألم الظهر، ألم أسفل الظهر  
\* الأضطرابات النفسية والعصبية (مع التشنج)

موانع الاستعمال:

لا يجب إستعمال هذا الدواء في الحالات التالية:  
- الأطفال أقل من 15 عاماً.

- أشخاص نوي الحساسية لنشا القمح.

- حساسية لباراسيطامول أو لأحد مكونات المنتوج

- حساسية لثيوكوليشيكوزيد

- القصور الكبدي.

- الحمل والرضاعة

احتياطات خاصة:

- تحجب العلاج لفترات طويلة بالنسبة للمرضى الذين يعانون من ضعف الكبد و / أو مشاكل في الكلى ، وأمراض القلب أو الرئة.

- المرضى الذين يعانون من الصرع.

- في حال الإصابة بالإسهال، أغير طبيتك.

- لتجنب خطر جرعة زائدة، تحقق من عدم وجود باراسيطامول في تكوين أنواع أخرى من الأدوية.

- العد الأقصى المقترن:

بالغين والأطفال فوق 50 كغ ، يجب عدم تجاوز 4 جرام يومياً بالنسبة للباراسيطامول.

- لا تتجاوز الجرعة الموصوفة

احتياطات الاستعمال:

في حالة الشك، لا تترددوا في استشارة طبيبك أو صيدليكم