

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.

M22- 0011163

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2593

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre : Venise

Nom & Prénom :

EL BAHJA OUY YEZZA

Date de naissance :

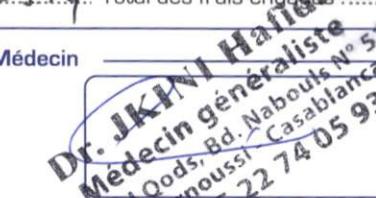
01/01/1962

Adresse : Res. AL NANSOURIA 1 INHB3 N°2 Bernanassi
CASABLANCA

Tél. : 06 74 15 35 14 Total des frais engagés : 349,9 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/10/2023

Nom et prénom du malade :

ENNE DDAY SAMIR Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Bendulé Aïfe + Arturals

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 : 05/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
04/10/23	Acte de soins	1	150 DH	Dr. JKINI Hassan Médecin Dentiste Hab Al Qods Bd. Naoureddine Tel: 0522740593

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie KASSADI Souscrite par : 0522746303	04/10/23	199,90

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
		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
				MONTANTS DES SOINS
				DÉBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	25533412 00000000 00000000
	21433552 00000000 00000000
D	00000000 35533411 35533411
	00000000 11433553 11433553
B	
G	

(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

Docteur JKINI Hafida

Médecine Générale

Echographie Clinique



الدكتورة اجكيني حفيظة

الطب العام

الفحص بالصدى

Ordonnance

ENNE DDAM

SATHI R

OT 211483
EXP 04/2024
P.P.V 52.80DH

Pharmacie KASSADY
20, Rue de la Kasbah
16022 Casablanca
Tél. : 05 22 74 05 93

Dr. JKINI Hafida
Médecin généraliste
Hay Al Qods Bd. Nabouls N° 51
Sidi Bernoussi - Casablanca
Tél. : 05 22 74 05 93

52,80

11 052820

51

1 . 0

33,20

② Cabixten 20

14

0 - 1

AMM N° : 486/17DMP/21/NNP

CODAMOL PLUS 0
16 comprimés effervescents
P.P.V. : 28.80DH

6 118000 191872

مختبرات كالبيكا - م.ن. أولاد صالح
A. Z.I. Ouled Saleh - Casablanca - Maroc

57,10

Anaflex 0

0 2cpdij - 0

28,00

Stopal 500 mg x 3

51

28,80

Codamol

1xpehl - 1xpehl - 0.

T = 199,90

Dr. JKINI Hafida
Médecin généraliste
Hay Al Qods, Bd. Nabouls N° 51
Sidi Bernoussi - Casablanca
Tél. : 05 22 74 05 93



Pharmacie KASSADI
20, Rue de la Kasbah
Casablanca
Tel: 0522 75 43 00

ORO dispersible



voie orale

Anapred®

prednisolone

20 mg

Deva
Pharmaceutique

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Que contient cette notice :

1. Qu'est-ce que ANAPRED et dans quels cas est-il utilisé?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre ANAPRED ?
3. Comment prendre ANAPRED ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver ANAPRED ?
6. Informations supplémentaires.

1. Qu'est-ce que ANAPRED et dans quels cas est-il utilisé?

Classe pharmacothérapeutique : GLUCOCORTICOIDES - USAGE SYSTEMIQUE.

Code ATC : H02AB06 (H. Hormones non sexuelles).

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

Indications thérapeutiques :

Ce médicament est réservé à l'adulte et à l'enfant de plus de 10 kg.

Ce médicament est utilisé dans certaines maladies, où il est utilisé pour son effet anti-inflammatoire.

Son action est utile dans le traitement de nombreuses affections inflammatoires ou allergiques.

À fortes doses, ce médicament diminue les réactions immunitaires et est donc également utilisé pour prévenir ou traiter le rejet des greffes d'organes.

2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser ANAPRED ?

Ne prenez jamais ANAPRED :

Si vous êtes allergique à la substance active (prednisolone) ou à l'un des autres composants contenus dans ANAPRED 20 mg, comprimé orodispersible,

• 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...).

• Si vous avez une maladie héréditaire dépistée à la naissance), en raison de la présence

Avertissements

Ce médicament

Ce médicament

et les noms

même de

cardiaques

Avant le

• Si vous

• Si vous avez eu ou avez un ulcère digestif, une maladie du gros intestin, ou si vous avez été opéré récemment (l'heure d'intervention trop élevée dans le sang), ou une tension artérielle élevée,

LOT : M0972

PER : 02/2025

PPU : 57,10DH

veillance médicale.

Faute de moins de 10 kg et par conséquent chez les prématurés

nourrissons prématurés traités par d'autres médicaments de la

catégorie effectuée pour surveiller la structure et la fonction du muscle