

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.

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

N° W21-827161

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1530

Actif

Pensionné(e)

Autre :

R.A.M.

RETRAITÉ

Nom & Prénom : MANANE HASSAN

Date de naissance :

15/05/1981

Adresse :

39, RUE DES BELLEVUE, 20000 CASABLANCA

Code postal :

0661464641

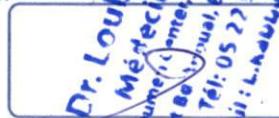
Téléphone :

Total des frais engagés : 65,40 Dhs

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Cachet du médecin :



Date de consultation :

15/05/2023

Nom et prénom du malade :

MANANE HASSAN

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Hypo. th

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 :

15/05/2023

Le : 10/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :



11 DEC 2023

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-827161

REMPLISSEZ CE VOLET, DÉCOUPEZ LE ET CONSERVEZ LE.
IL SERA NÉCESSAIRE DE LE PRÉSENTER POUR TOUTE
RÉCLAMATION ULTÉRIEURE.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

DH

Total des frais engagés :

65,40

Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
me. BENNIS 2018 SMALE YACOUB EL MANSOUR YACOUB EL MANSOUR 552 04 - Casablanca 17212	10/09/2018	65,45

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

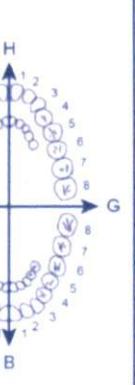
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	<p>H</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>G</p> <p>B</p>	25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>
25533412	21433552											
00000000	00000000											
D												
00000000	00000000											
35533411	11433553											
<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Loubna KABBAJ

Médecine générale

Femmes - Hommes - Enfants

- Ancien médecin Urgentiste Polyclinique CNSS derb Ghellef, Casablanca
- Diplôme Universitaire de Diabétologie Faculté de Médecine de MONTPELLIER
- Diplôme Inter-universitaire Hypertension Artérielle Faculté de Médecine de STRASBOURG
- Echographie générale
- Electrocardiogramme

الدكتورة لبنى قباج

الطب العام

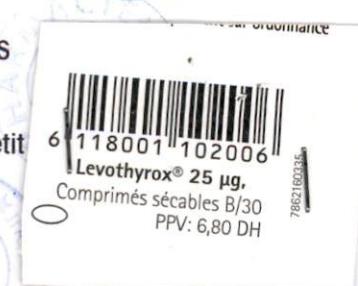
نساء - رجال - أطفال

- طبيبة مستعجلات بمصحة درب غلف المتعددة
- التخصصات للضمان الاجتماعي سابقا
- دبلوم جامعي في مرض السكري
- كلية الطب مونتبيولي
- دبلوم بين جامعي في مرض إرتفاع ضغط الدم
- كلية الطب ستراسبورغ
- الفحص بالصدى
- التخطيط الكهربائي للقلب

Casablanca, le 10/09/2023 الدار البيضاء في

MR MANANE HASSAN

- 6,80
- Levothyrox 25 µg - comprimé sécable
1 comprimé le matin avant petit déjeuner pendant 1 mois
 - Levothyrox 100 µg - comprimé sécable
1 comprimé et demi le matin pendant 3 mois
 - Levothyrox 50µg - comprimé sécable
1 Comprimé matin pendant 1 mois avant petit
 - Glucophage 850 mg - comprimé pelliculé
1 comprimé midi soir pendant 1 mois
- 13,40
- 45,20
- 65,40



14/09/2023 BENNIS Zineb
PHARMACIE YACOUB EL MANSOUR
63 - 65 Bd. Yacoub El Mansour
Tel: 0522 25 52 04 - Casablanca

Dr. Loubna K. KABBAJ
Médecine Générale
Abdelmoumen center, Angle bd Abdelmoumen
et Bd Aneual, Etg1 Bureau 109
Tél: 05 22 86 14 93
E-mail: L.kabbaj@hotmail.fr

45,20

في حالة الإصابة بامراض القلب والأوعية الدموية، وخاصة
شريان القلب التاجية (احتشاء عضلة القلب، الذبحة الصدرية،
اضطراب نظم قلبي)، أو ارتفاع ضغط الدم،
في حالة عدم كفاية وظيفة الغدة الكظرية (انخفاض إنتاج بعض
الهرمونات).

في جميع هذه الحالات، يوصى العلاج بالهرمونات الغدة
الدرقية لكل حالة على حدة، يجب مراقبة المرضى باعتباره
شكل خاص.

هذا الدواء يحتوي على اللاكتوز. لا ينصح استخدامه عند
المرضى الذين يعانون من التعصب الجلاكتوز، ونقص اللاكتوز
أو سوء امتصاص الجلوكوز أو الجلاكتوز (أمراض وراثية نادرة).
إذا كنت بتغيير العالمة التجارية خلال فترة علاجك مع
ليفوتيروكسين، فإن طبيبك قد يطلب منك
(TSH) إجراء بعض التحاليل البيولوجية الإضافية (قياس
و خاصة إذا كان لديك سرطان الغدة الدرقية، وإذا كنت مصاباً
باضطرابات قلبية، إذا كنت حاملاً، إذا كنت كبير في السن أو إذا
كان المريض طفلاً).

عند النساء بعد سن اليأس المصابات بقصور الغدة الدرقية
مرتبطة بزيادة خطر الإصابة بهشاشة العظام (تدخل العظام)،
يوصى بالمراقبة الدقيقة لدواء لفيوتوكس لدوره في تقوية العظام.

هذا الدواء عند تناوله بمفرده أو مع أدوية أخرى، ليس بعلاج
للسمنة باستثناء إذا كانت السمنة مرتبطة بقصور الغدة الدرقية
ال حقيقي؛ قد تكون الجرعات الكبيرة خطيرة، خصوصاً إذا كان
يشترك العلاج مع مثبطات الشهية (الأدوية " تقليل
الشهية").

فعالية العلاج وعلامات التعصب بإمكانها أن تظهر بعد فترة من
15 يوماً إلى شهر واحد بعد بدء العلاج.



6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862100336

4- ما هي التأثيرات غير المرغوبية

وصف الآثار غير المرغوبية
مثل جميع الأدوية، ليفوتiroxine
آثار جانبية، ولكنها لا تحصل
· تفاقم مرض قلبي (الذبحة الصدرية)
· تضخم القلب)

· علامات فرط التدرق (اختلاجات، أرق، سرعة التهيج، رجفه،
ارتفاع حرارة الجسم، عرق، تحول سريع، اسهال) : في هذه
الحالة، يجب استشارة طبيبك،
· عند الطفل، إمكانية زيادة معدل الكالسيوم في البول (كمية
كبيرة من الكالسيوم في البول)،
· ردود فعل حساسية محتملة (فرط التحسس) العلامات و
الأعراض الأكثر شيوعاً هي : طفح جلدي، حكة، إنتفاخ في
الرقبة والوجه، و صعوبة في التنفس و احمرار.
· الإبلاغ عن الآثار الجانبية:
إذا كان لديك أي أثر غير مرغوب، ابلغ طبيبك أو الصيدلي.
وهذا ينطبق أيضاً على أي أثر جانبي محتمل غير مذكور في
هذه النشرة. عن طريق الإبلاغ عن الآثار الجانبية، قد تساعد
على توفير المزيد من المعلومات عن أمن الدواء.

5- ما هي طريقة حفظ ليفوتiroxine، قرص قابل للقطع؟

لا تتركه أبداً في متناول الأطفال.
تاريخ انتهاء الصلاحية
لا يستخدم هذا الدواء بعد تاريخ انتهاء الصلاحية المذكور على
العلبة بعد اليوم الأخير EXP. العلبة بعد