

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie

N° P19-0028914

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9271 Société : RAN

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : XALONTY

Date de naissance : 09.03.87

Adresse :

Tél : 0611899083 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/10/2019

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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

Déclaration : contact@mupras.com
prise en charge : pec@mupras.com
adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

6 : 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

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
11/10/19				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
KAMILI Bouchaib Pharmacie Ouled Hriz 4, Bd. Mohamed V, Berrechid Tél: 0522 33 73 51 INPE: 062047295	11/10/19	800,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

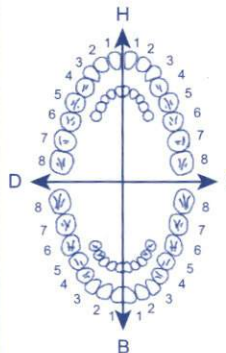
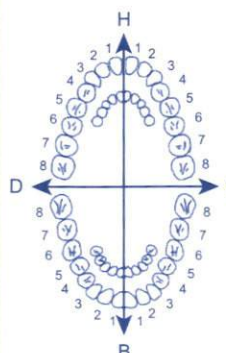
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L

ORDONNANCE

Cachet du médecin

A..... Le 11/10/2019

LOT: 005
PER: NOV 2020
PPV: 400 DH 00

LOT: 005
PER: NOV 2020
PPV: 400 DH 00

M^r Ya Kaity Soufiane

400,00 x 2

AS
1) Aripiprazole 15mg cp

800,00

01 - 00 - 00

M de 2 mois RCV = 01/11/2019

تحذير هام !



الأطفال المعرضون في الرحم للفالبروات مكون الدواء الذي وصفه لك طبيبك هم عرضة بشكل أكبر لاضطرابات شديدة في النمو (اضطرابات عقلية وحركية) والسلوك (تصل إلى 30-40٪ من الحالات) و/أو عيوب خلقية (حوالي 10٪ من الحالات). إذا كنت حاملاً أو تعتقد أنك حامل، أخبري الطبيب على الفور. إذا كنت امرأة في سن الإنجاب، يجب عليك استخدام وسائل منع الحمل الفعالة أثناء العلاج. إذا كنت فتاة، شابة في سن المراهقة، امرأة في سن الإنجاب أو امرأة حامل، لا يمكن للطبيب المختص أن يصف الفالبروات إلا في حالة عدم فعالية أو عدم تحمل العلاجات الأخرى. إذا كنت تخططين للحمل، يجب عدم التوقف عن العلاج قبل أن تتحدثي مع طبيبك والتوافق معه على علاج آخر إذا كان ذلك ممكن. طبيبك سوف يناقش ذلك معك ولكن يجب عليك إتباع النصائح الواردة في الفقرة "في أية حالة أو حالات لا يجب فيها استعمال هذا الدواء" من النشرة المرفقة. اتصلي مباشرة بطبيبك المختص إذا كنت أو أصبحت حاملاً أو تعتقد أنك قد تكونين حاملاً.



Mise en garde importante pour les patientes

Les enfants exposés in utero au valproate, composant du médicament prescrit par votre médecin, composant du médicament prescrit par votre médecin, présentent un risque élevé de troubles graves du développement (intellectuel et moteur) et du comportement (jusqu'à 30 à 40 % des cas) et/ou de malformations (environ 10 % des cas). Si vous êtes enceinte ou si vous pensez l'être, signalez-le immédiatement à votre médecin. Si vous êtes une femme en âge de procréer, vous devez utiliser une contraception efficace pendant votre traitement. Si vous êtes une fille, une adolescente, une femme en âge de procréer ou une femme enceinte, votre médecin spécialiste ne pourra vous prescrire le valproate qu'en cas d'inefficacité ou d'intolérance aux autres traitements. Si vous envisagez une grossesse, vous ne devez pas interrompre votre traitement sans en avoir parlé avec votre médecin et convenu d'un autre traitement si cela est possible. Votre médecin discutera de cela avec vous mais vous devez suivre les conseils donnés à la rubrique « Dans quel(s) cas ne pas utiliser ce médicament ? » de la notice contenue dans le médicament à base de valproate qui vous a été prescrit. Contactez immédiatement votre médecin spécialiste si vous êtes enceinte ou pensez que vous pouvez l'être.

Observations

Dr. ABUKAILI Bouhara
Psychiatrist
CHU Ibn Rochd - Casablanca

j'ai bien pris connaissance des informations ci-contre

Signature:

Ministère de la Santé
C.H.U Ibn Rochd - Casablanca

Quittance
Hôpital Ibn Rochd

Formation :

Reçu de M :

La somme de :

Soufian Y. Adouy N° 371106
Madame

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
<i>Cs</i>	
Total	<i>6900</i>

HOPITAL IBN ROCHD
Signature du
Régisseur et Cachet
PSYCHIATRIE

2A

2025/11/10 - 15h 30