

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 canaux, 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 canaux.

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.c



Déclaration de Maladie

N° W19-510253

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4720 Société : RAR

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraite

Nom & Prénom : Belouch Nahane

Date de naissance : 01/01/1955

Adresse : 10 passage el farabi hay yasmira Benachid

Tél. : 0663180297 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Omar HAJJI
ONCOLOGUE MEDICAL
Salaj 3 Bd. La Grande Ceinture Ain Diab
Casa - Anfa - Tél : 05 20 66 68 90/91/92
Fax : 05 22 79 76 94 / 05 22 79 69 89

Date de consultation : 15/07/20 H1

Nom et prénom du malade : N. Belouch Nahane Age : 65ans

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

Nature de la maladie : Neo metast. Diffus

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 : 18/07/2020

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

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
15-01-20	C2	1	91071043	Dr Omar HAJI

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE YASMINE 77 RUE IBNOU NAFIS Tél: 05 22 53 31 88 HAY YASMINE Bouchaid	15-01-20	638,90

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
		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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مضخة الساحل للأنكولوجيا

CLINIQUE D'ONCOLOGIE LE LITTORAL

Laboratoires Pfizer S.A. Maroc
P.P.V: 487DH00



PAA050711

RADIOTHERAPIE CONFORMATIONNELLE ET DOSIMETRIE 3D • RADIOTHERAPIE PAR MODULATION D'INTENSITE : IMRT • RAPID-ARC •
RADIO-CHIRURGIE STEREOTAXIQUE • CURIETHERAPIE HAUT DEBIT • MEDECINE NUCLEAIRE • ONCOLOGIE MEDICALE • ONCO. HEMATOLOGIE
GREFFE DE MOELLE OSSEUSE • RADIOLOGIE • CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE • CHIRURGIE REPARATRICE ET ESTHETIQUE • SOINS INTENSIFS
REANIMATION ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR • SOINS PALLIATIFS • RADIOFREQUENCE • DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC DES TUMEURS

15/01/20

M^r BELWANI Mohamed

487,00

① Lyrica 75. 2x1j

② Vitonol forte 3x1j

③ Deflam 100 3x1j

638,50

PHARMACIE YASMINA
77 RUE ELANKOU NAFIS
Tél: 05 22 53 31 86

Docteur Omar HAJJI
ONCOLOGUE MEDICAL
Salaj 3 Bd. La Grande Ceinture Ain Diab
Casablanca - Anfa - Tél: 05 20 66 68 90/91/92
Fax: 05 22 79 75 94 / 05 22 79 69 89
H1

Salaj 3, Bd la Grande Ceinture Ain Diab, 20180 Casablanca, Maroc

Pour accéder : Tram ligne 1, direction Ain Diab, station Le Littoral

☎ (+212) 5 20 66 68 90 / 91 / 92 • 📠 (+212) 5 22 79 75 94 / (+212) 5 22 79 86 96 • @contact@cliniquelelittoral.ma

www.cliniquelelittoral.ma

فيتانفريل قوي 100 ملغ بنفوتيامين

1. الشكل والتقديم:

علبة تحتوي على 30 قرصا ملبسا.

الرجاء قراءة هذه النشرة بدقة قبل البدء باستعمال هذا الدواء.
- احتفظ بهذه النشرة فقد تحتاج إلى قراءتها مجددا.

- إذا كانت لديك أي أسئلة إضافية أو أي شكوك استشر الطبيب أو الصيدلي للمزيد من المعلومات
- لقد وصف هذا الدواء لك أنت شخصا. لا يجدر بك إعطاؤه للآخرين فقد يودي بهم حتى لو كانت عوارضهم مثل عوارضك

2. التركيب النوعي والكمي:

بنفوتيامين: 100 ملغ

السواغ: ما يكفي لقرص واحد

قائمة السواغ: الواجب معرفته لاستعمال بدون خطر

عند بعض

3. الصنف:

ينسب

الجهاز

4. الوه

- علاج

- الوه

الاستم

الحمية

بالأش

ينص

و يتعا

ينص

- يست

5. الما

المقاد

2 إلى

في جميع الحالات يتعين التقيد بوصفة طبيبك

طريقة الاستعمال:

عن طريق الفم

مدة العلاج:

تقييداً بوصفة طبيبك

6. موانع الاستعمال:

لا يجب استعمال هذا الدواء في الحالات التالية

- الأطفال أقل من 8 سنوات.

- أشخاص ذوي الحساسية لبنفوتيامين.

على العموم لا يجب استعمال هذا الدواء خلال الرضاعة

باستثناء إذا أرتأى طبيبك غير ذلك في حالة الشك من

الضروري استشارة طبيبك أو صيدليكم

7. الآثار الغير مرغوب فيها:

لا تترددوا في استشارة طبيبك أو صيدليكم والإشارة إلى أي

أثر غير مرغوب فيه خاصة الآثار التي لا تتضمنها

هذه النشرة.

8. احتياطات خاصة:

بسبب تواجد لكتوز و السكروز لا ينصح بأخذ هذا الدواء في

حالة حساسية للغلكتوز و تواجد الغالكتوز بكثرة في الدم

نتائج عن مرض خلقي أو أعراض عدم امتصاص الغلكتوز

والغالكتوز أو نقص في لكتاز (أمراض أيضية نادرة).

قائمة السواغ الذي من الواجب معرفته لاستعمال بدون خطر

عند بعض المرضى:

اللاكتوز و السكروز.

احتياطات الاستعمال:

في حالة الشك، لا تترددوا في استشارة طبيبك أو صيدليكم

9. التفاعلات الدوائية:

لغرض تفادي تفاعلات بين الأدوية يتعين إطلاع طبيبك أو

صيدليكم على أي علاج آخر تأخذونه

10. الحمل-الرضاعة:

ينصح بعدم أخذ فيتانفريل * قوي عند المرأة المرضعة و

الحامل، في حالة اكتشاف الحمل أثناء العلاج بفيتانفريل

قوي أطلعوا طبيبك على العموم يتعين خلال الحمل أو

الرضاعة استشارة طبيبك أو صيدليكم قبل استعمال أي دواء.

11. السائقون ومستعملو الآلات:

12. ما يجب القيام به في حالة الإفراط في الجرعة:

13. مايجب القيام به في حالة نسيان أو الإفراط في الجرعة:

14. الحفظ:

لا تتجاوزوا التاريخ المبين على الغلاف الخارجي

لا يترك في متناول الأطفال

تاريخ المراجعة: مارس 2015

مخابر سانتيميديك

20-22، زنقة الزبير بن العوام

الخصور السوداء، الدار البيضاء

28,80

