

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.

Biologie 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.

Prothèse :

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
Mise 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.

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° P19-0038590

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4780 Société : 25949

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : KADARI - FATMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17 FEV. 2020

Nom et prénom du malade : KADARI FATMA Age :

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

Nature de la maladie : Dysphagie (CM + O.D.)

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-038590

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) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
17 FEB. 2020		5	1300	Dr. RIFKY AHMED 180, Bd. Dr. Mohammed VI Bouafi - Casablanca Tél.: 05 22 55 11 55

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

355, Av. Reda Guedira, Cité Djennat
Casablanca - Tél: 0522 37 02 94
17 02 20 3600

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

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

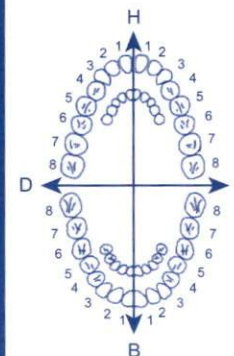
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

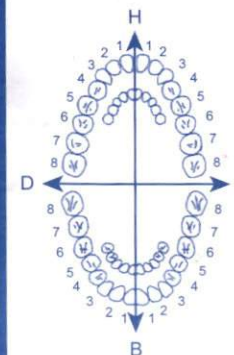
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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'EXECUTION

Dr. RIFKY AHMED

Diplôme universitaire en Diabétologie - Montpellier
Certificat Européen en Nutrition et Environnement Santé
Certificat Universitaire en Échographie
Ex. Médecin Chef de Services de Santé à Casa-Anfa
Spécialiste en Médecine de Travail - Rennes



الدكتور رفقي أحمد

دبلوم جامعي في داء السكري - مونبلييه
شهادة أوربية في التغذية و الحمية
شهادة الفحص بالصدى
طبيب رئيسي سابقا بمصالح صحية البيضاء-أنفا
متخصص في طب الشغل

INPE
091020313

17/04/2020

KARIM RIFKY

9600 PRN 2
0 - 0 - 1



PHARMACIE IBN ROUCHD
Mehdi BELAYACHI
355, Av. Reda Guedira, Cité Djamaa
Casablanca - Tél: 0522 37 07 06

Dr. RIFKY AHMED
180, Bd. Dr. Moulazim Mohamed BOUAFI
Derb El Koudia - Casablanca
Tél: 0522 37 11 50

180. شارع الدكتور الملازم محمد بوافي-درب الكدية-الدار البيضاء

180, Bd.Dr. Moulazim Mohamed BOUAFI - Derb El Koudia - Casablanca

Dr. RIFKY AHMED

Diplôme universitaire en Diabétologie - Montpellier
Certificat Européen en Nutrition et Environnement Santé
Certificat Universitaire en Échographie
Ex. Médecin Chef de Services de Santé à Casa-Anfa
Spécialiste en Médecine de Travail - Rennes



الدكتور رفقي أحمد

دبلوم جامعي في داء السكري - موندلييه
شهادة أوربية في التغذية و الحمية
شهادة الفحص بالصدى
طبيب رئيسي سابقا بمصالح صحة البيضاء - أنفا
متخصص في طب الشغل

17 FEB. 2020

KIZOOR AHMED

CREA TINE mie

PROTEURAPIE

2242

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES EL JOULANE
DOCTEUR Tarik Jawad
5, Bec 16 Av Joulane Sidi Ouhmane
Tel : 05 22 38 05 30

Dr. RIFKY AHMED
180, Bd. Dr. Moulazim Mohamed
Bouafi - Casablanca
Tel : 05 22 55 11 55

180، شارع الدحوز الملازم محمد بوافي - درب الكدية - الدار البيضاء
180, Bd. Dr. Moulazim Mohamed BOUAFI - Derb El Koudia-Casablan

3600

PRAYAL 2

0.0.1.

Prazol® 20

oméprazole

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, de votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. 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.

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Prazol® 20 mg :

Oméprazole (DCI)

Excipients qsp

FORME PHARMACEUTIQUE

- Gélule contenant des microgranules gastrorésistants.
- Présentation : boîte de 7, 14 et 28 gélules.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

PRAZOL® 20 mg, gélule gastro-résistante contient la substance active appartenant à la classe des inhibiteurs de la pompe à protons. Il diminue la sécrétion d'acide gastrique.

DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

PRAZOL® 20 mg, gélule gastro-résistante est utilisé pour traiter les troubles suivants :

Chez les adultes :

- le reflux gastro-œsophagien (RGO).
- les ulcères de la partie haute de votre intestin (ulcère duodénal).
- les ulcères infectés par une bactérie appelée *Helicobacter pylori*. Dans ce cas, le médecin peut également vous prescrire des antibiotiques qui permettent de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.
- les ulcères de l'estomac associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).
- Prazol® 20 mg, gélule gastro-résistante peut aussi être utilisé pour la prévention de la maladie ulcéreuse gastroduodénale.
- Un excès d'acide dans l'estomac dû à une grosseur (gros intestin).

Chez les enfants :

Enfants âgés de plus d'un an et avec un poids corporel ≥ 10 kg

- le reflux gastro-œsophagien (RGO).

Les symptômes chez l'enfant peuvent comprendre des remontées dans la bouche du contenu de l'estomac (régurgitation), des vomissements et une prise de poids limitée.

Enfants âgés de plus de 4 ans et adolescents

- les ulcères infectés par une bactérie appelée *Helicobacter pylori*. Dans ce cas, le médecin peut également prescrire à votre enfant des antibiotiques qui permettent de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.

COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT

- Maladie ulcéreuse gastroduodénale :

Selon le cas :

- 1 gélule de Prazol® 20 mg matin et soir, associée à deux antibiotiques pendant 7 jours. Cette trithérapie sera suivie par 1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 3 à 5 semaines supplémentaires.
- 1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 6 semaines.
- Oesophagite par reflux gastro-œsophagien :
1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.
- Traitement des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens :
1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.
- Traitement préventif des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens :

PRV: 96DH00
PER: 03/25-2
LOT: 12107-2

