

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

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

aire :

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.

die 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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

25949
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4780 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : KRODDARI - FATHNA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR RIFKY AHMED
180 Bd. Dr. Moulay Hassan
Bouali - Casablanca
Tél. : 05 22 55 11 55

Date de consultation : 17 FEB. 2020

Nom et prénom du malade : KRODDARI FATHNA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Dyslipidémie (CHOLESTÉROL)

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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie

Nº 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 :

RELEVE 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 FEV. 2020		5,1	13100	Dr. RIFKY AHMED 180, Bd. Dr. Mohamed Bouali - Casablanca Tél: 05 22 55 11 55

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE D'OUED CHI Mehdi BELAÏD 355, Av. Reda Guedira, Cité Djamaa Casablanca - Tel: 0522 37 00 00	17.02.20	9600

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

06399

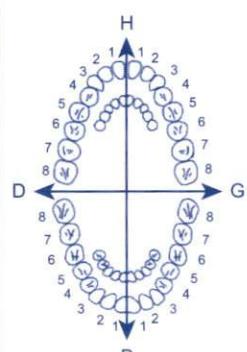
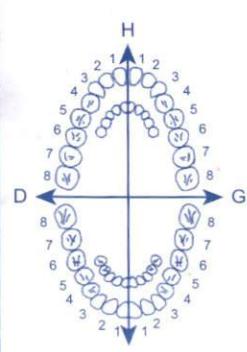
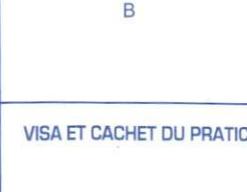
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	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

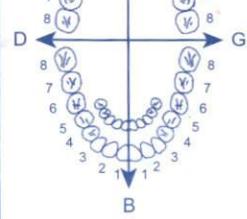
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	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'E

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 التغدية والحمية

شهادة الفحص بالصدى

طبيب رئيسي سابق بمصالح صحية البيضاء-أنفا

متخصص في طب الشغل

INPE
091020313

٢٢٢٤٢١٢١

Kasmaria - مارينا

٩٦٠٠ ————— P R M J L ————— ٠ — ١

SV

PHARMACIE KEDIR ROUCHD
Mehdi BELAYACHI
355, Av. Reda Guedira, Cité Djamaâa
Casablanca - Tel: 0522 37 07 06

Dr. RIFKY AHMED
100, Bd. Dr. Moulazim Moh. BOUAFI
Eouafi - Casablanca
Tel: 0522 35 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 رفيقى احمد

دبلوم جامعي في داء السكري - مونبلييه
شهادة أوربية في التغذية والحمية
شهادة الفحص بالصدري
طبيب رئيسي سابق بمصالح صحية البيفاء - أنفا
متخصص في طب الشغل

17 FEV. 2020

RIFKY AHMED

CREATININIE

PROTEINURIE

LABORATOIRE D'ANALYSES
MÉDICALES EL JOULANE
DOCTEUR Tarik Jawad
5, Bloc 16, Av. Jouane Sidi Othmane
Tél: 05 22 38 05 30

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

180، شارع الدحيوز الملازم محمد بوافي - درب الكدية - الدار البيضاء

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

9600

Project 2

9-9-11

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 médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autre. Si vous en avez des doutes, demandez à votre pharmacien.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez une réaction allergique, arrêtez de prendre ce médicament et consultez immédiatement un médecin ou un pharmacien.

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Prazol® 20 mg :

Oméprazole (DCI) 20 mg

Excipients qsp 10 mg

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 oméprazole, un médicament inhibiteur de la pompe à protons. Il diminue la sécrétion d'acide dans l'estomac.

DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

PRAZOL® 20 mg, gélule gastro-résistante est utilisé pour traiter les maladies suivantes :

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.
- les ulcères de l'estomac associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).
- Un excès d'acide dans l'estomac dû à une grossesse (maladie de Zollinger-Ellison).

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 ulcéruseuse 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 :

0 2
1 100
2 20
3 30
4 40
5 50
6 60
7 70
8 80
9 90
P 100
F 110

