

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À FAIRE POUR
ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

Le 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 2974	Société :	<i>ND 13669</i>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ABBADI ABDELMAH			
Date de naissance : 23.4.1952			
Adresse : 79 Bd IBN TALAFIJI Apt 605A			
Tél. : 0660489096	Total des frais engagés	Dhs	

Cadre réservé au Médecin	<i>Dr. Abdellatif TANTAR - Pneumologue - 10 Avenue des FAR Residence Nour Gem 06 52 45 98 05 Tel 03 35 73 45 00</i>		
Cachet du médecin :	<i>[Signature]</i>		
Date de consultation : 04/07/2020			
Nom et prénom du malade : A BBADI ABOELANABI	Age : 68		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	<i>Bruchfren ns fathz</i>
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 : *Fes* Le : *04/07/2020*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
07/02/20	CS		250.00	I.N.P 141124545

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PARMACIE - FES Tel. 01 59 92 63 00 00 31	88,45	

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	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 35533411 11433553 B	G		
DATE DU DEVIS	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
	DATE DE L'EXECUTION	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

Dr. Abdelali ANTAR

Pneumophysiologie

Asthme Allergies Respiratoires

Infections Respiratoires

Bronchopneumopathies chroniques

Tuberculose

Fès le : فاس في :



الدكتور عبد العالى عantar

اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسى

ربو - حساسية صدرية - أمراض تغذية

أمراض صدرية مزمنة

داء السل

Ordonnance

ABRAAD

ABDELALI ANTAR

1^{er}

Exomuc



39,90

7 sachet x 3, x 10 g

PHARMACIE CENTRALE
BENZAKOUR 1000
61, Bd. de la Résidence Nour - FES
Tél. 05 35 62 25 04
ICE 001599263000031

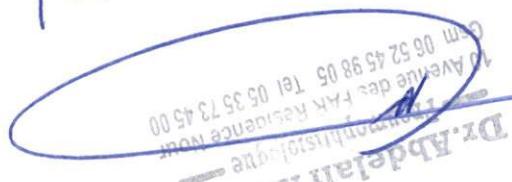
2

Optiflue

48,50

3 fl. 6 ml x 15 j

88,60



10 شارع الجيش الملكي إقامة التاور الطابق الثاني المكتب رقم 12

10 Avenue des FAR Résidence Nour 2^{ème} Étage Bureau 12

GSM : 06 52 45 98 05 / Tél.: 05 35 73 45 00

~~Posologie, mode d'emploi, indications,
Contre indications, récipiens à effet
notoire : voir notice~~PPV:48DH50
PER:02-23
LOT: J46bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca
S.Bachouchi - Pharmacien Responsable100 65
05/14

n positive des tests pratiqués

NECESSAIRE POUR UNE

RESERVE

Cotipred 20 mg est adapté aux attaques ou aux traitements de courtes durées nécessitant des doses moyennes ou fortes chez l'adulte et l'enfant de plus de 10 kg. La dose à utiliser est déterminée par votre médecin, en fonction de votre poids et de la maladie traitée.

Elle est strictement individuelle.

Il est très important de suivre régulièrement le traitement et de ne pas le modifier, ni l'arrêter brutalement sans l'avis de votre médecin.

Mode et voie d'administration : VOIE ORALE.

En général, dissoudre les comprimés dans un verre d'eau en une prise le matin, au cours du repas. Respectez la prescription de votre médecin.

Durée du traitement : Elle est déterminée par votre médecin.

En cas de traitement prolongé, ne pas arrêter brutalement le traitement mais suivre les recommandations de votre médecin pour la diminution des doses.

Conduite à tenir au cas où l'administration d'une ou plusieurs doses a été omise.

Pour être efficace, ce médicament doit être utilisé régulièrement. Cependant, si vous omettez de prendre une dose, continuez le traitement normalement.

EFFETS NON SOUHAITES ET GENANTS :

COMME TOUT MEDICAMENT, CE PRODUIT PEUT CHEZ CERTAINES PERSONNES ENTRAINER DES EFFETS PLUS OU MOINS GENANTS :

Ce médicament, indispensable, est le plus souvent bien toléré lorsque l'on suit les recommandations et notamment le régime (cf. Précautions d'emploi).

Il peut néanmoins entraîner, selon la dose et la durée du traitement, des effets plus ou moins gênants. Les plus fréquemment rencontrés sont :

- gonflement et rougeur du visage - prise de poids - élévation de la tension artérielle - excitation et troubles du sommeil - fragilité osseuse - modification de certains paramètres biologiques (sel, sucre, potassium), pouvant nécessiter un régime ou un traitement complémentaire.

D'autres effets beaucoup plus rares ont été observés : trouble de la croissance chez l'enfant - trouble des règles - faiblesse des muscles - ulcère et autres troubles digestifs - troubles de la peau

- certaines formes de glaucome (augmentation de la pression à l'intérieur de l'œil) et de cataracte (opacification du cristallin).

NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN ET A SIGNALER TOUT EFFET NON SOUHAITE ET GENANT QUI NE SERAIT PAS MENTIONNE DANS CETTE NOTICE

PRECAUTIONS PARTICULIERES DE CONSERVATION :

- Ce médicament doit être conservé à l'abri de l'humidité.
- Reboucher soigneusement le flacon après chaque prise.

Ce médicament est inscrit au TABLEAU A (LISTE I).

Respecter les doses prescrites.



bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

L G T 19010
P E R D E C 21
P P V 39 D H 90