

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 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.



Déclaration de Maladie

N° W19-584196

55154

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 22462 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : KADJAS NAWAL

Date de naissance : 26/11/1977

Adresse :

Tél. : 0665700783 Total des frais engagés : 320,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : KADJAS NAWAL

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

Nature de la maladie : sd 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

- 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 - 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 19/11/2020 | 24 2PC | | 260,00 | Dr. MOUTAWAKKI Amin Nutrition - Diabétologie 42 Boulevard Abdelmoumen Alg. 16000 - 07.93.57.11.00 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| | 19/11/20 | 19,90 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

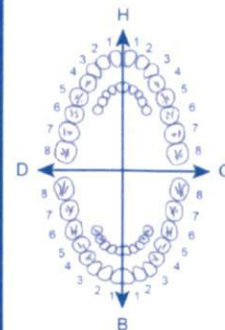
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

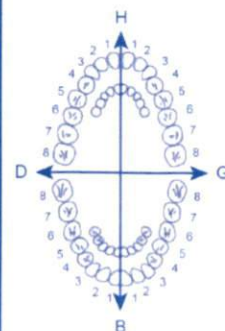
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

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



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| H | | G | |
|----------|----------|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 | | |

[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

Ex. médecine-interne des hôpitaux de france
Nutrition-diétothérapie-micronutrition
Diabétologie , Obésité
Diplômée de l'université de Montpellier

طبيبة سابقا بمستشفيات فرنسا
طب التغذية و الحمية
طب السكري السمنة
دبلوم جامعة مونتيلي

Mme RADJA NAWAC

19,90

A.D.O Ig

14p1



Dr. MOUTAWAKKIL Amina
Nutrition - Diabétologie
421B, Boulevard Abdelmoumen
Tél : 0522 862956 - Gsm : 0661 07 93 57 - 0623 73 51 61

Dr. MOUTAWAKKIL Amina
Nutrition - Diabétologie
421B, Boulevard Abdelmoumen
Tél : 0522 862956 - Gsm : 0661 07 93 57 - 0623 73 51 61

يف حسب

يف الكلي

يف حسب

يف الكلي

الرضاعة :

لا ينصح

الرضاعة.

المساقون و

العلاج بالدم

سكر الدم،

القيادة أو

لكن يجب

المتفورمين مع أدوية مخفضة لمستوى سكر الدم مثل (السلوفاميد، الأنسولين أو ميغليتينيد)

التأثيرات الغير مرغوب فيها :

ككل الأدوية أودى يمكن أن يحدث تأثيرات جانبية غير مرغوب فيها

التأثيرات الجانبية الأكثر شيوعا (تلاحظ عند أكثر من 10/1 حالة) :

إضطرابات هضمية معدية : غثيان، تقيأ، إسهال، إلام في البطن، فقدان الشهية، تحدث هذه الأعراض في بداية العلاج و تتراجع تلقائيا في أغلب الحالات .

للإحتياط يوصى باستعمال الميتفورمين من 2 الى 3 مرات في اليوم خلال أو بعد الوجبات إذا استمرت هذه الأعراض يجب وقف العلاج بأدو و استشرأ طبيبك.

تأثيرات جانبية شائعة تلاحظ عند أقل من 10/1 حالة) :

اضطراب الذوق
تأثيرات جانبية أقل شيوعا تلاحظ عند أقل من 10000/1 حالة) : حموضة لاكتية، حوادث جلدية، إحمرار الجلد، حكة، شرى، إنخفاض مستوى الفيتامين ب12 في الدم. حالات معزولة و شادة عند إختبار وظيفة الكبد و التهاب كبدي سرعان ما تتراجع حين التوقف عن العلاج بالميتفورمين.

المقادير و كيفية الاستعمال :

البالغون :

لوحده أو مع مضادات السكرى عن طريق الفم : الجرعة البدائية الاعتيادية 500 ملغ أو 850 ملغ من ميتفورمين كلورهيترات 2 إلى 3 مرات في اليوم خلال أو بعد الوجبات. بعد 10 الى 15 يوما تكيف المقادير حسب مستوى سكر الدم.

ترفع المقادير تدريجيا لتحسين قابلية الدواء في المعدة و الأمعاء.

الجرعة القصوى من الميتفورمين كلورهيترات هي 3 غ/ اليوم، ثلاث مرات في اليوم .

في حالة استبدال الدواء بمضاد للسكري يجب وقف السابق و استبداله بالميتفورمين وفق المقادير السالفة الذكر.

مع الأنسولين:

الجرعة البدائية الاعتيادية من الميتفورمين كلورهيترات 500 ملغ أو 850 ملغ من 2 إلى

الجرعة البدائية الاعتيادية من 500 أو 850ملغ

من ميتفورمين كلورهيترات مرة في اليوم خلال أو بعد الوجبات. بعد 10 إلى 15 يوما من العلاج تكيف المقادير حسب نسبة سكر الدم . إرتفاع تدريجي للمقادير يمكن أن يحسن من قابلية الدواء في المعدة و الأمعاء، الجرعة القصوى للميتفورمين 2 غرام/ اليوم من 2 إلى 3 مرات في اليوم.

كيفية الاستعمال :

تبلع مع كأس من الماء.

إذا كنتم تأخذون جرعة في اليوم خذوها في الصباح (عند الفطور).

إذا كنتم تأخذون جرعتين في اليوم خذوا واحدة في الصباح (عند الفطور) و أخرى في المساء (عند الغشاء).

إذا كنتم تأخذون ثلاث جرعات في اليوم خذوا واحدة في الصباح (عند الفطور) و واحدة في الظهيرة (عند الغداء) و أخرى في المساء (عند الغشاء).

بعد فترة إذا أحسستم أن مفعول أدو قوي أو ضعيف أخبروا طبيبك أو صيدليكم.

الأعراض و التعليمات في حال الجرعة الزائدة : إذا خذتم أكثر من الجرعة الموصى بها يمكن أن تساعدوا في حدوث الحموضة اللاكتية، أعراض الحموضة اللاكتية : تقيأ، إلام في البطن، تشنج عضلي، شعور بالتعب، إحساس بالعياء الشديد و صعوبة التنفس.

إذا أحسستم بهذه الأعراض يجب الولوج إلى المستشفى لأخذ علاج مضاد للحموضة اللاكتية لأن الحموضة اللاكتية يمكن أن تؤدي إلى الغيبوبة.

الأعراض و التعليمات في حال نسيان الجرعة الموصى بها :

إذا نسيتم أخذ أدو لا تأخذوا الجرعة مرتين لتعويض الجرعة التي نسيتموها خذوا الجرعة الموالية في الموعد العادي.

لا يستعمل هذا الدواء بعد انتهاء تاريخ الصلاحية الموجود على العلبة.

لا يترك هذا الدواء في متناول الأطفال.

الجدول A (الأنحة I).

مختبرات الصيدلة فارما 5

21، زنقة البروق - الدار البيضاء

LABORATOIRES
PHARMA 5
مختبرات فارما 5