

# 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 - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M22- 0055609

157463

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1022 Société : RSM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : M. AGNAN Halima Y. ABAD

Date de naissance : 15/04/2023

Adresse : Résidence EL Noussou IMH, AH, APT. N°6  
H. El ERIAN CIL

Tél. : 06 69 26 36 79 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/04/2023

Nom et prénom du malade : ABAD Bouchaïb Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 15/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

## 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

15/04/23

1007,40

## 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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé  
des Honoraires

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

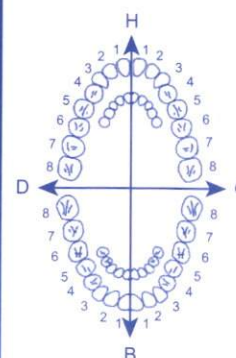
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient



COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

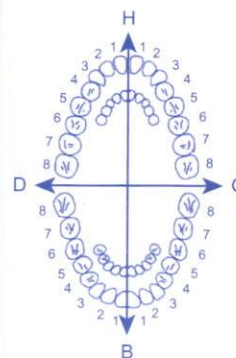
MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE



H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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



**Conduite à tenir au cas où l'administration d'une ou plusieurs doses a été omise**  
Forme orale : prendre la dose suivante.

**EFFETS NON SOUHAITES ET GENANTS**

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

- réactions cutanées,
- douleurs lombaires,
- hypokaliémie (quantité insuffisante de potassium dans le sang),
- quelques rares cas de modifications du bilan sanguin : leucopénie (quantité insuffisante de globules blancs), thrombopénie (taux anormalement bas de plaquettes),
- élévation discrète de l'urémie pouvant causer exceptionnellement une crise de goutte,
- élévation de la glycémie (quantité de sucre dans le sang),
- déshydratation, élévation de l'urée sanguine, hypotension (quantité basse de sodium dans le sang), hypovolémie (volume total bas de sang contenu dans le corps), accompagnée d'hypotension orthostatique (chute de la pression artérielle lors du passage à la position debout pouvant s'accompagner de vertiges),
- en cas d'insuffisance hépatique, possibilité de survenue d'encéphalopathie hépatique (affection neurologique observée au cours de maladies sévères du foie),
- possibilités des troubles digestifs,
- exceptionnellement, atteinte de l'audition lors de l'administration conjointe d'antibiotiques du groupe des aminosides.

baisses transitoires de l'acuité auditive lors de produit notamment lorsque la vitesse d'injection

**PHARMACIEN TOUT EFFET NON SOUHAITE ET GENANT**

**NOTICE**

**UTILISATION FIGURANT SUR LE CONDITIONNEMENT**

abri de la lumière, extérieur, à l'abri de la lumière.

**Galvus Met®**



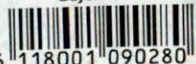
118001 031092  
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV : 390.00 DH



6 118001 031092  
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV : 390.00 DH

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



6 118001 090280

LASILIX 40MG  
20CP SEC

P.P.V. : 340DH60



6 118000 060468

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



6 118001 090280

ALDACTONE 50 mg

P.P.V. : 56,80 DH



6 118001 170029

\* VIGNETTE

NEBILET® 5mg  
28 comprimés  
PPV 87DH50

mon, arrêt cardiaque, urémie, cirrhose (retention de sel), avage « wash out » au LASILIX, s les cas suivants :

**lasilix® 40 mg**  
**lasilix® 20 mg/2 ml**

Furosemide

SANOI

**Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.**

Elle contient des informations importantes sur votre traitement.  
Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou votre pharmacien.  
Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, car cela pourrait lui être nocif.  
Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire à nouveau.

**IDENTIFICATION DU MEDICAMENT**

**Composition**

**LASILIX 40 mg comprimés :**

Furosemide

Excipients : amidon de maïs, lactose, silice colloïdale, talc, stéarate de magnésium.

**LASILIX 20 mg/2ml :**

Furosemide

Excipients : chlorure de sodium, hydroxyde de sodium, eau pour préparations injectables.

**Formes pharmaceutiques et présentations**

**LASILIX 40 mg :** comprimés sécables dosés à 40 mg ; boîte de 20.

**LASILIX 20 mg/2 ml :** solution injectable, ampoule de 2 ml ; boîte de 1.

**DANS QUEL CAS UTILISER CE MEDICAMENT**

**Voie orale :**

Ce médicament est indiqué dans le traitement :

- des œdèmes d'origine cardiaque ou rénale,

- des œdèmes d'origine hépatique, le plus souvent en association avec un diurétique épargneur de potassium,

polysémie,

de l'hypertension.

**Facture N°: 520 043**

Ref N°: 15/04/23/ 59

**Client:****Client Comptoire**

\*

Libellé Produit	Forme	Qté	Prix unitaire	Total PPM
ALDACTONE 50 MG	CO	1	56,80	56,80
CARDIO ASPIRINE 100/30	CO	3	27,70	83,10
GALVUS MET 50MG/1000MG 60	CO	2	390,00	780,00
NEBILET 5MG	CO	1	87,50	87,50

<b>Total à Payer:</b>	<b>1 007,40</b>
-----------------------	-----------------

**La présente facture est arrêtée à la somme de:**

### MILLE SEPT DIRHAMS QUARANTE CENTIMES###

Le : 15-avril-2023

**PHARMACIE OULMES CASA**  
**S.A.R.L.A.U**  
Angle Bd Ghandi et Yacoub  
El Mansour - Casablanca  
Tél: 0522 36 08 06