

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° M20- 0003558

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1022 Société : RAM 165938
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : M^{lle} ANAN Katia
Date de naissance :
Adresse : Résidence EL MAJMAH - INH. H.P. APT. N° 6
Hay. EL ALAN
Tél. : 06 69 26 36 74 Total des frais engagés : 933,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : ABAN Rachid Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Cardiaque Hypertension - diabétique
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 : 11/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
Fournisseur

S.A.R.L. A.U.

Angle Bd Ghandi et Yacoub
El Mansour - Casablanca
Tél: 0522 36 08 06

Date

15/06/23

Montant de la Facture

93370

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 :

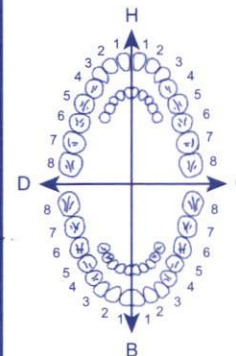
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
D	35533411	11433553	B

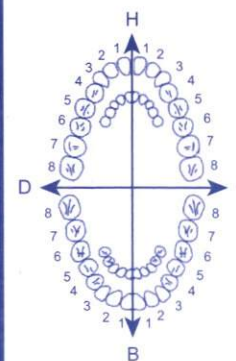
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Facture N°: 524 957

Ref N°: 15/06/23/ 13

Client:

Client Comptoir

*

Libellé Produit	Forme	Qté	Prix unitaire	Total PPM
ALDACTONE 50 MG	CO	1	56,80	56,80
CARDIO ASPIRINE 100/30	CO	1	27,70	27,70
GALVUS MET 50MG/1000MG 60	CO	2	390,00	780,00
LASILIX 40mg 20 compr	CO	2	34,60	69,20

Total à Payer: 933,70

La présente facture est arrêtée à la somme de:

NEUF CENT TRENTÉ TROIS DIRHAMS SOIXANTE DIX CENTIMES###

N.B.: voir maladie de
longue durée

Le : 15-juin-2023

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

Galvus Met®

Vildagliptine/Chlorhydrate de metformine

50 mg/1000 mg



Contre-indications :

- insuffisance hépatique, possibilité de survenue d'encéphalopathie hépatique (affection neurologique observée au cours de maladies sévères du foie),
- exceptionnellement, atteinte de l'audition lors de l'administration conjointe d'antibiotiques du groupe des aminosides,
- liés à la forme injectable : possibilité de baisses transitoires de l'acuité auditive lors de l'administration de doses très élevées de ce produit notamment lorsque la vitesse d'injection recommandée n'a pas été respectée.

Précautions d'emploi :

- en cas d'insuffisance hépatique, possibilité de survenue d'encéphalopathie hépatique (affection neurologique observée au cours de maladies sévères du foie),
- possibilité des troubles digestifs,
- exceptionnellement, atteinte de l'audition lors de l'administration conjointe d'antibiotiques du groupe des aminosides,
- liés à la forme injectable : possibilité de baisses transitoires de l'acuité auditive lors de l'administration de doses très élevées de ce produit notamment lorsque la vitesse d'injection recommandée n'a pas été respectée.

Conservation :

Les comprimés doivent être conservés à l'abri de la lumière. Conserver les ampoules dans l'emballage extérieur, à l'abri de la lumière.

Date de révision de la notice :

Janvier 2007.

Conservation :

NE PAS DEPASSER LA DATE LIMITE D'UTILISATION FIGURANT SUR LE CONDITIONNEMENT EXTERIEUR.

Précautions particulières de conservation :

Les comprimés doivent être conservés à l'abri de la lumière. Conserver les ampoules dans l'emballage extérieur, à l'abri de la lumière.

Date de révision de la notice :

Janvier 2007.

Imp A/DIR M28567-02 06/16 (2)10x145) mm

safofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P. 1 - Ain Sebaâ
20250 Casablanca

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V. : 34DH60

6 118000 060468

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V. : 34DH60

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

attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre le médicament.

ontient des informations importantes sur votre traitement. us avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à médécin ou votre pharmacien.

médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un re, même en cas de symptômes identiques, car cela pourrait lui être nocif.

ez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire à nouveau.

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

Composition

LASILIX 40 mg comprimés :

Furosémide 40 mg/comprimé.

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

LASILIX 20mg/2ml :

Furosémide 20 mg/2 ml.

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,
- de l'hypertension artérielle.

Voie injectable :

Cette forme est indiquée dans les cas suivants :

- urgences cardiologiques : œdème aigu du poumon, arrêt cardiaque,
- poussées hypertensives sévères (*élévation importante de la tension artérielle*),
- rétentions sodées sévères d'origine cardiaque, rénale, cirrhotique (*rétenion de sel*),
- radiologie du bas appareil urinaire et test de lavage « wash out » au LASILIX,
- peut être utilisé en réanimation pédiatrique.

ATTENTION !

Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :