

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.

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- 0053186

190138

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1008 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BAAJIA ABDELALIM
 Date de naissance : 19 Janvier 1950
 Adresse : 35 Bd JACOB ET MANFAR Residence
 Al Anfal 100 BIR APPS Casablanca
 Tél. : 067057042 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Tél : 05 22 26 70 98 / 26 72 24
 Dr Gauthier - Casablanca
 32, Rue Tahia Houcine (ex. Gallié)
 CHIRURGIEN UROLOGUE
 Docteur Jafar ZENAG

INPE
091141309

Date de consultation : 13/12/2023

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Urologie

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

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
13/12/2023	C		3000	Docteur Jafar ZEMRAG CHIRURGIEN DENTISTE 32, Rue Tahar Houache ex. Gouille Or Gauthier - Casablanca Tél : 05 22 26 70 98 / 26 72 24

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
108, Avenue de la Liberté Sidi Abou el Kacem Tél : 05 22 26 70 98	13/12/2023	1685,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

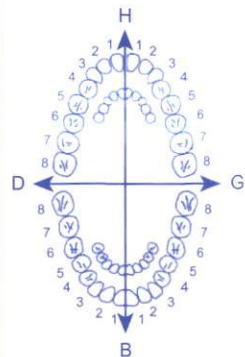
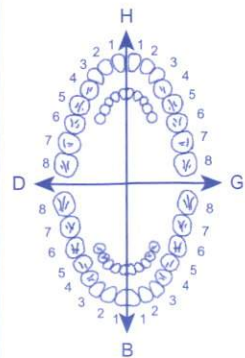
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 <input type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>										
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Jafar ZEMRAG
Chirurgien Urologue

Ancien Interne des Hôpitaux de Nancy
Ancien Assistant - Chef de Clinique
Membre de l'Association Française d'Urologie

Maladie, Endoscopie et Chirurgie des Reins
et des Voies Génito Urinaires
Lithotripite Extracorporelle - Greffes Rénales
Echographie - Circoncision - Andrologie
Montages Vasculaires pour Hémodialyse

الدكتور جعفر زمراك
جراحة المسالك البولية والتناسلية

خريج كلية ننسي (فرنسا)
رئيس سابقا لمصلحة جراحة الكلية
والمسالك البولية بالمستشفى الجامعي بننسي
عضو الجمعية الفرنسية لجراحة المسالك البولية

أمراض جراحة و الفحص الداخلي للمسالك البولية والتناسلية
عقم عند الرجال. زرع الكلية. طهارة الأطفال

Casablanca, le

13/12/2023

BAANTAR

Abdelouahel

272.00 x 3

1) Avodant

3 Mois



11;

Matin

109.70 x 3

2) Cautelo

3 Mois



Soir

11;

180.00 x 3

3 Mois



Midin

1685.10 3) Jela 10

CONTIFLO® OD

**Gélules à libération prolongée
(Chlorhydrate de tamsulosine)**

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, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

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

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

1. Dénomination du médicament

LOT : 5944
PER : 07 - 26
P.P.V : 180 DH 00

trate de tamsulosine,
bération prolongée en

Substance active : Chlorhydrate de tamsulosine 0,4mg
Excipients : g.s.p., une gélule à libération prolongée :

LOT : 5944
PER : 07 - 26
P.P.V : 180 DH 00

oxyde de fer...
Liste des excipients à effet notoire : rouge cochenille A,
jaune cramoisi, azorubine

LOT : 5944
PER : 07 - 26
P.P.V : 180 DH 00

UTILISEZ DANS
STATE.

Qu'est-ce que CONTIFLO® OD 0.4 mg, gélules à libération prolongée et dans quel cas est-il utilisé ?

Ce médicament est préconisé dans le traitement de certains symptômes de l'hypertrophie (augmentation de volume) bénigne de la prostate.

5. Posologie et mode d'administration:

Posologie

En règle générale, une gélule par jour.

SE CONFORMER STRICTEMENT A LA PRESCRIPTION MEDICALE.

Mode et voie d'administration

Voie orale.

La gélule doit être avalée avec un verre d'eau sans être croquée ni mâchée.

SE CONFORMER STRICTEMENT A LA PRESCRIPTION MEDICALE

Fréquence d'administration

CONTIFLO® OD

PPV: 109DH70

30 gélules
à libération prolongée

Voie orale

0.4 mg

CONTIFLO® OD

PPV: 109DH70

30 gélules
à libération prolongée

Voie orale

0.4 mg

CONTIFLO® OD

PPV: 109DH70

30 gélules
à libération prolongée

Voie orale

0.4 mg

chronique,
patient cor
Hygiène de
certaine hy
maintien d'
alimentaire
alcoolisés/
intestinal

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 272,00 DH
ID: 652802
6 118001 141654

9. Interactions

Prise ou ut
AFIN D'EV
PLUSIEUR
traité par
SIGNALE
TRAITEME
VOTRE PH

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 272,00 DH
ID: 652853
6 118001 141654

10. Utilisations

L'indication th
pas la femme.

La tolérance
son passage
Demandez
avant de pre

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 272,00 DH
ID: 652853
6 118001 141654

11. Les effets possibles du traitement sur la conduite d'un véhicule ou à utiliser certaines machines

Une prudence particulière devra être observée par les conducteurs automobiles et les utilisateurs de machines en raison du risque d'hypotension orthostatique (avec possible de vertiges ou de malaise), surtout en début de traitement.

12. Symptômes et conduite à tenir en cas de surdosage

Si vous avez pris plus de CONTIFLO® OD 0.4 mg, gélules à