

## 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.

### Biologie 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](mailto:contact@mupras.com)

Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)

Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)



# MUPRAS

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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 069355

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3103

Société : Ram

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HAMDOUN M. HAMMED

Date de naissance : 4/4/1956

Adresse : JARDIN Soualem N° 100 HAJ Soualem

Tél. : 0664684943

Total des frais engagés : 1911,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/09/2020

Nom et prénom du malade : HAMDOUN M. HAMMED Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : C.M.I.

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 : Soualem

Le : 23/09/2020

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
23.09.20	1	1	2000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23.09.20	161150

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

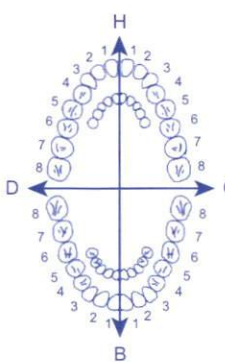
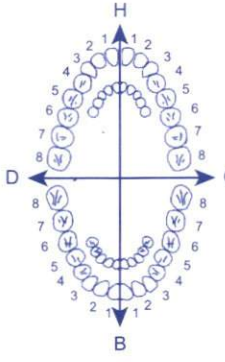
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canaux, ainsi que le bilan de

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H  25533412  00000000  D  00000000  35533411 </div> <div> H  21433552  00000000  G  00000000  11433553  B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
					
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Ahmed BIDANI

CARDIOLOGUE

Spécialiste des maladies du coeur- Vaisseaux

Circulation Sanguine.

Hypertension Artérielle

- Electrocardiographie.

- Holter ECG-Tensionnel (MAPA)

- Echo Doppler couleur cardiaque.

C.C.B

## الدكتور أحمد بيداني

اختصاصي في أمراض القلب

الشرايين - الدورة الدموية

- ارتفاع الضغط الدموي

- التخطيط الكهربائي للقلب

- الهولتر.

- فحص القلب بالأموح

ما فوق الصوتية.

- الدوبلر بالألوان.

Casablanca le : 23.09.2023 في: الدار البيضاء.

PPV  
LOT  
PER

74.60

55 M D O U N

55 M

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Plavix 75 mg cp pel b 28  
P.P.V : 316,00 DH  
6 118001 081257

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Plavix 75 mg cp pel b 28  
P.P.V : 316,00 DH  
6 118001 081257

PPV: 43DH00  
PER: 04/22  
LOT: J1294



43.00 x 3

1) - Augher 5

316.00 x 3

2) - 2 lamp 5

153.30 x 3

3) - 2 amix 14

40 8

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Plavix 75 mg cp pel b 28  
P.P.V : 316,00 DH  
6 118001 081257



دكتور أحمد بيداني  
Docteur Ahmed BIDANI  
CARDIOLOGUE  
Bd. Eddakhla N°166 Jamila 5 Sebata  
Tél: 05 22 29 18 72 - Fax: 05 22 59 74 08

PPV: 43DH00  
PER: 04/22  
LOT: J1295



PPV: 43DH00  
PER: 02-22  
LOT: J491



Total = 1611.50

شارع الداخلة رقم 166. جميلة 5. سباتة. الدار البيضاء

Bd. Eddakhla N° 166, Jamila 5, Sebata, Casablanca - Tél: 05 22 29 18 72 / 05 22 59 74 08 / 05 27 82 41 95

Fax: 05 22 59 74 08 - GSM: 06 61 17 10 15 ( Urgence )



# Permixon 160 mg

## GÉLULE

Extrait lipido-stérolique de *Serenoa repens*

**Veillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes pour votre traitement.**

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.
- Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consulter un médecin.
- Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un des effets mentionnés comme étant grave, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

### **Dans cette notice :**

1. QU'EST-CE QUE PERMIXON 160 mg, gélule ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
  2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE PERMIXON 160 mg, gélule ?
  3. COMMENT PRENDRE PERMIXON 160 mg, gélule ?
  4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?
  5. COMMENT CONSERVER PERMIXON 160 mg, gélule ?
  6. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES
- 1. QU'EST-CE QUE PERMIXON 160 mg, gélule ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?**
- AUTRES MÉDICAMENTS UTILISÉS DANS L'HYPERTROPHIE BÉNIGNE DE LA PROSTATE.
- Ce médicament est préconisé dans le traitement de certains troubles de la miction (émission d'urine) liés à l'hypertrophie (augmentation de volume) de la prostate.
- 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE PERMIXON 160 mg, gélule ?**
- Ne prenez jamais PERMIXON 160 mg, gélule dans le cas suivant :**
- Antécédent d'allergie à l'un des constituants de

la gélule.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

**Faites attention avec PERMIXON 160 mg, gélule :**

### **Mises en garde**

La prise de ce médicament à jeun peut être la

cause de nausées

L'utilisation

dispenser

prostate

gélule ne

lorsque ce

NE PAS L

**Précautio**

La prise

la cause de nausées

Permixon 160 mg  
30 GÉLULES



153,30



# Permixon 160 mg

## GÉLULE

Extrait lipido-stérolique de *Serenoa repens*

**Veillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes pour votre traitement.**

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.
- Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez un médecin.
- Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un des effets mentionnés comme étant grave, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

### **Dans cette notice :**

1. QU'EST-CE QUE PERMIXON 160 mg, gélule ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
  2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE PERMIXON 160 mg, gélule ?
  3. COMMENT PRENDRE PERMIXON 160 mg, gélule ?
  4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?
  5. COMMENT CONSERVER PERMIXON 160 mg, gélule ?
  6. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES
- 1. QU'EST-CE QUE PERMIXON 160 mg, gélule ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?**
- AUTRES MÉDICAMENTS UTILISÉS DANS L'HYPERTROPHIE BÉNIGNE DE LA PROSTATE.
- Ce médicament est préconisé dans le traitement de certains troubles de la miction (émission d'urine) liés à l'hypertrophie (augmentation de volume) de la prostate.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE PERMIXON 160 mg, gélule ?

**Ne prenez jamais PERMIXON 160 mg, gélule dans le cas suivant :**

- Antécédent d'allergie à l'un des constituants de

la gélule.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

**Faites attention avec PERMIXON 160 mg, gélule :**

### **Mises en garde**

La prise de ce médicament à jeun peut être la

cause de nausées.

L'utilisation

dispenser

prostate

gélule ne

lorsque ce

NE PAS L

**Précautio**

La prise

la cause de nausées

Permixon 160 mg  
30 GÉLULES



153,30



Nom : HAMDOUN MHAMMED Male

Age : 64Y

Clinique N :

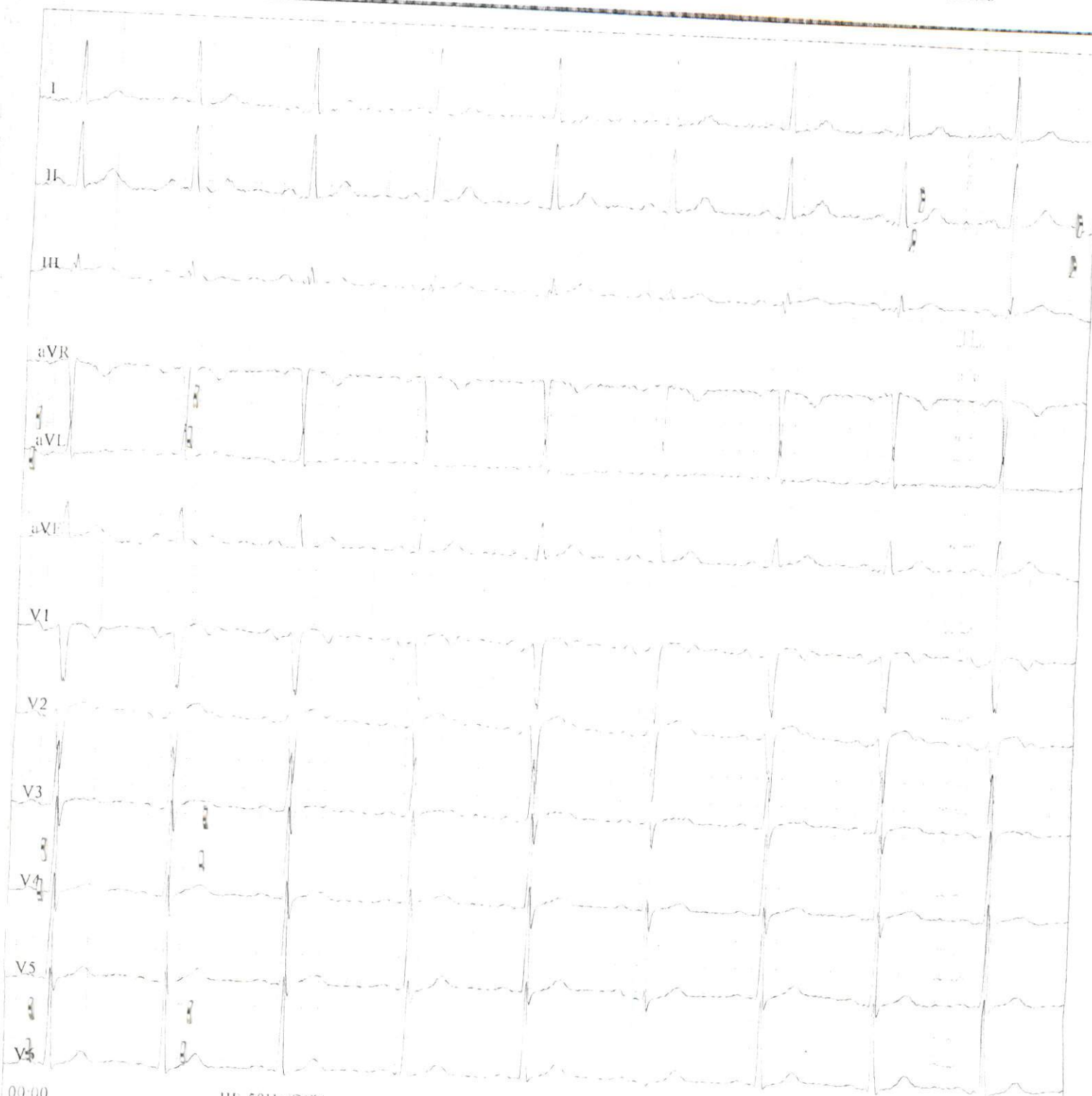
Section :

SN 0001582

Case No : 247

Ln No :

Date : 23/09/2020 11:31:53



00:00	HR 501Hz/D17T			25mm/s 10.00mm/mV
Fréquence:	100.01Hz	PR Interval:	--	Prompt
Temps d'écha	8s	QT Interval:	--	
FC:	71bpm	QTc Interval	--	
P Interval:	--	P Axis:	--	
QRS Interval:	--	QRS Axis:	--	
T Interval:	--	T Axis:	--	

Signature Medecin :