

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



Déclaration de Maladie

N° W19-446371

*COURRAH
NSR*

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **23996**
Matricule : **5954** Société : **ROYAL AIR MAROC**

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **DIBOUNE EL MOSTAFA**

Date de naissance : **26/02/1961**

Adresse : **Lot el wafa N° 285 DEXMA**

Tél : **0666273056** Total des frais engagés : **618,60** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Jr. Saad GHAMMAL
Chirurgien Urologue
62, Bd. Mouéd Anou Jabal
Sidi Berrouj - Casablanca
Tél. : 05 22 73 33 76
INPE : 00106029

Date de consultation : **27/02/2020**

Nom et prénom du malade : **DIBOUNE EL MOSTAFA 58**

Lien de parenté : Lui-même Epoux Enfant

Nature de la maladie : **Prostatite**

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 : **CASA** Le : **05/03/2020**

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

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
27			300	Dr. Saïd GHAMMAD Chirurgien Urologue 62, Bd. Mouâd Benou Jebel Sidi Garmoussi - Casablanca Tél. : 05 22 73 33 76 INDF 091066820
02				
20				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie PRINCIPALE DEROUA sari au Bloc U N° 1 Deroua Tél: 05 22 53 20 83	27/02/20	318.60
	Imprimé: 062049176	

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	

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	INP : <input type="text"/>													
				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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433553</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433553	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B
	H																
	25533412	21433553															
	00000000	00000000															
	D	G															
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				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													

Dr. Saâd GHAMMAD
Chirurgien UROLOGUE
Diplômé de l'université de LIEGE



الدكتور سعد غماد
إختصاصي في أمراض وجراحة الكلى
والمسالك البولية والتناسلية والبروستاتا
خريج جامعة لياج - بلجيكا

Casablanca le :27/02/2020.....

Mr DIBOUNE El Mostafa

159,30 x 2

FLOTRAL

1 comprimé le soir, après le repas, pendant 2 mois

318.60

Pharmacie PRINCIPALE DEROUA
sarl au
Bloc U N° 1 Deroua
Tél:05 22 53 20 83

Dr. Saâd GHAMMAL
Chirurgien Urologue
62, Bd. Mouâd Ibnou Jabal
Sidi Bernoussi - Casablanca
Tél : 05 22 73 33 76
Fax : 05 10 66 82 9

- Hypersensibilité à l'alizosine et/ou à l'un des autres composants.
- Hypotension orthostatique.
- Insuffisance hépatique.
- Insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine < 30 ml/min).
- Si vous prenez certains médicaments utilisés dans le traitement du VIH (par exemple : inhibiteur de protéases associé au ritonavir ou au cobicistat), ou utilisés dans le traitement de l'hépatite C (par exemple le télaprévir ou le bocéprévir), ou utilisés dans le traitement de certaines infections fongiques (par exemple kétoconazole, itraconazole, posaconazole), ou utilisés dans certaines infections bactériennes (par exemple : clarithromycine, érythromycine, télithromycine) voir rubrique « Prise ou utilisation d'autres médicaments ».

Faites attention avec FLOTAL®, comprimés à libération prolongée:

Mise en garde et précautions d'emploi

Avant de commencer le traitement : prévenez vous avez une maladie du cœur (en particulier d'angine de poitrine, d'insuffisance cardiaque, troubles du rythme cardiaque) ou si vous avez une baisse importante de la pression artérielle. Ne prenez pas ce médicament de la même famille que FLOTAL® (apiprilolol).

Per
Une
her
acc
fatig
Dar
allo
disj

GTIN: 16118001300157

Lot No: AA65477

EXP.: 06/2021

S.N.: AD260223851446



les
nent
ses,
ition
nent



4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, FLOTAL®, comprimés à libération prolongée est susceptible d'avoir des effets

indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

Fréquemment :

- Etourdissements, sensations vertigineuses, malaise, maux de tête;
- Troubles digestifs à type de nausées, douleurs dans le ventre;
- Sensation de fatigue.

Peu fréquemment :

- Vertiges, somnolence, syncope (perte de connaissance brutale);
- Chute de la pression artérielle lors du passage de la position couchée à la position debout;
- Accélération des battements du cœur, palpitations;

...che;
...té ou nez qui coule (rhinite);
...de boutons sur la peau ou démangeaisons;
...douleurs dans la poitrine ;
...du visage.



...ant des antécédents
...e « Faites attention
...ane, du visage et/ou
...à respirer et mettre
...amment dues

- Hypersensibilité à l'alizosine et/ou à l'un des autres composants.
- Hypotension orthostatique.
- Insuffisance hépatique.
- Insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine < 30 ml/min).
- Si vous prenez certains médicaments utilisés dans le traitement du VIH (par exemple : inhibiteur de protéases associé au ritonavir ou au cobicistat), ou utilisés dans le traitement de l'hépatite C (par exemple le télaprévir ou le bocéprévir), ou utilisés dans le traitement de certaines infections fongiques (par exemple kétoconazole, itraconazole, posaconazole), ou utilisés dans certaines infections bactériennes (par exemple : clarithromycine, érythromycine, télithromycine) voir rubrique « Prise ou utilisation d'autres médicaments ».

Faites attention avec FLOTAL®, comprimés à libération prolongée:

Mise en garde et précautions d'emploi

Avant de commencer le traitement : prévenez vous avez une maladie du cœur (en particulier d'angine de poitrine, d'insuffisance cardiaque, troubles du rythme cardiaque) ou si vous avez une baisse importante de la pression artérielle. Ne prenez pas ce médicament de la même famille que FLOTAL® (apiprilolol).

Per
Une
her
acc
fatig
Dar
allo
disj

GTIN: 16118001300157

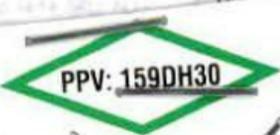
Lot No: AA65477

EXP.: 06/2021

S.N.: AD260223851446



les
nent
ses,
ition
nent



4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, FLOTAL®, comprimés à libération prolongée est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

Fréquemment :

- Etourdissements, sensations vertigineuses, malaise, maux de tête;
- Troubles digestifs à type de nausées, douleurs dans le ventre;
- Sensation de fatigue.

Peu fréquemment :

- Vertiges, somnolence, syncope (perte de connaissance brutale);
- Chute de la pression artérielle lors du passage de la position couchée à la position debout;
- Accélération des battements du cœur, palpitations;

che;
té ou nez qui coule (rhinite);
de boutons sur la peau ou démangeaisons;
douleurs dans la poitrine ;
du visage.

FLOTAL® 10 mg
30 comprimés à libération Prolongée
Voie orale



ant des antécédents
e « Faites attention
ane, du visage et/ou
à respirer et mettre

amment dues