

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **éducation :**

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

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

Maladie

Dentaire

Optique

## **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 1467 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUHEN BRAHIM

Date de naissance :

Adresse : N° 16 lotissement oued Horren, Hay Moulay

Rachid 1 Casablanca

Tél. : 066491231 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nom et prénom du malade : DR MOUHEN BRAHIM Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : maladie chronique

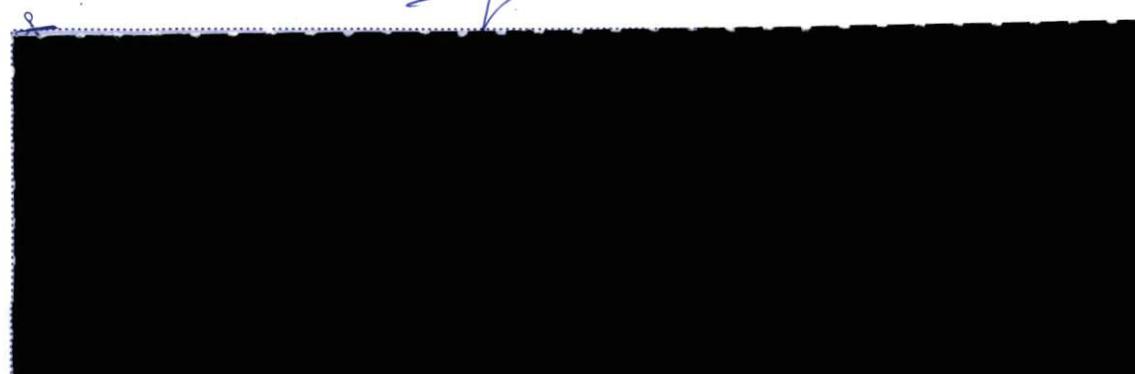
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : cas d'accident

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 01/02/2021

Signature de l'adhérent(e) : DR MOUHEN BRAHIM



# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN.

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

## POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU REVENTORIUM

EJOUR EN MAISON DE REPOS

ES ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes lobaux comportant un ou plusieurs échelons dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

- L'ORTHOPÉDIE

- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS

- LES CURES THERMALES

- LA CIRCONCISION

- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

## EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit revenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord.

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade

DATE DE DEPOT

AÉROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA

TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883

FAX : 05 22 91 26 52

TELEX : 3998 MUT

E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma



**M U P R A S**  
Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

FEUILLE DE SOINS 864903

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : MOUIMEN BRAHIM

Matricule : 1467 Fonction : Retraite Poste :

Adresse : n° 14 lot old HARES Hay my Rachid casa

Tél. : 05 22 91 26 31 Signature Adhérent :

## A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : MOUIMEN BRAHIM Age

du patient : 55

Age

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin : 29/01/81

Nature de la maladie : Affection virinale

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A : Casab le 29/01/81 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

864903

## VOLET ADHERENT

### DECLARATION

Matricule N° : 1467

Nom du patient : MOUIMEN

Date de dépôt :

Montant engagé :

Nombre de pièces jointes :



## **RELEVE 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
25/01/2023	2	Offre		Chirurgie de la main Clinique la source - Casa 751-05-27-420

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE JEAN NEELIS 25/01/2021</i>	25/01/2021	64,00

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

#### **SOINS ET PROTHESES DENTAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement car ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANT DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 B 11433553		CŒFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				MONTANT DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



Docteur MEZIANE EL MAHDI

Docteur MEZIANE MUSTAPHA

Docteur MEZIANE ANAS

Docteur MEZIANE AMINE

Chirurgiens Urologues

الدكتور مزيان المهدى  
الدكتور مزيان مصطفى  
الدكتور مزيان أناس  
الدكتور مزيان أمين

جراحة المسالك البولية التنايسية

## ORDONNANCE

29/01/2021

Casablanca, le :

جراحة المسالك البولية التنايسية

**UROLOGIE**

endo-urologie العلاج المنظاري

lithotritie نفثت الحصى

30.00



جراحة العامة والمنظارية

**CHIRURGIE GENERALE**  
**COELIO-CHIRURGIE**

**Mr. MOUMEN BRAHIM**

**MYANTALGIC**

1 cp x 3 / jour x 7 jours

34.00 جراحة الأطفال

**OSMOSINE**

1 càs x 3/ jour x 5 jours

**CHIRURGIE PEDIATRIQUE**

جراحة النساء

**CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE**

الانعاش وجميع  
الاختصاصات الطبية

**REANIMATION ET TOUTES  
SPECIALITES MEDICALES**

64.00

Dr. MEZIANE EL MAHDI  
Chirurgien Urologue  
Clinique la source - Casablanca  
Dr. MEZIANE ANAS  
Chirurgien Urologue  
Clinique la source - Casablanca  
Tél.: 05 22 20 14 40

مركز تفتيت الحصى

**CENTRE DE LITHOTRIPSIE  
EXTRACORPORELLE**

مركز الفحص بالأشعة

**CENTRE DE RADILOGIE**

SCANNER

RADILOGIE STANDARD

PHARMACIE IBN NAFIS  
Casablanca - Tel: 05 22 27 31 69  
28, Avenue du 2 Mars

14, Rue Taki Eddine (Ex. Berne) Quartier des Hôpitaux - 20000 الدار البيضاء -

Tél. : 05 22 20 14 40 / 41 - Fax : 05 22 20 13 99 - www.cliniquelasource.ma - E-mail : contact@cliniquelasource.ma

**RDV de Consultation d'Urologie (1ere Etage) - Tél. : 05 22 20 14 42 / 43**

S.C.P. - I.F. : 14415714 - C.N.S.S. : 9428120 - T. P. : 36335867

# MYANTALGIC®

(Tramadol-Paracétamol)

## FORMES PHARMACEUTIQUES ET PRESENTATION

- Comprimés pelliculés, boîte de 20
- Comprimés effervescents, boîte de 20

## COMPOSITION

### Comprimé pelliculé

Tramadol chlorhydrate	... 37,50 mg
Paracétamol	325,00 mg
Excipient q.s.p	1 comprimé pelliculé

### Comprimé effervescent

Tramadol chlorhydrate	... 37,50 mg
Paracétamol	325,00 mg
Excipient q.s.p	1 comprimé effervescent

## CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Antalgique de niveau II.

## DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Douleurs modérées à intenses lorsque les antalgiques plus faibles ne sont pas suffisants.

Il est réservé à l'adulte et l'adolescent à partir de 12 ans.

## DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :

- Hypersensibilité connue au tramadol, au paracétamol ou à l'un des excipients.
- Intoxication aiguë ou surdosage avec des produits dépresseurs du système nerveux central (alcool, hypnotiques, autres analgésiques centraux, opioïdes, psychotropes).
- Traitement simultané ou récent (arrêt de moins de 15 jours) par les IMAO.
- Insuffisance hépatocellulaire sévère.
- Insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine < 10 ml/mn).
- Insuffisance respiratoire sévère.
- Epilepsie non contrôlée par un traitement adapté.
- Grossesse et allaitement

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

## MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS D'EMPLOI

- Ne pas dépasser la dose recommandée et ne pas utiliser d'autres médicaments contenant du paracétamol ou tramadol sans avis médical.
- Les patients ayant des antécédents d'épilepsie ou ceux qui sont susceptibles de présenter des convulsions ne devront être traités par l'association tramadol/paracétamol qu'en cas de nécessité absolue (risque de convulsion)
- Utiliser avec prudence chez les patients susceptibles de présenter une dépression respiratoire.

## INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

- IMAO
- Carbamazépine
- Agonistes morphiniques (buprénorphine, nalbuphine, pentazocine)
- Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine
- Autres dérivés morphiniques
- Benzodiazépines
- Barbituriques
- La prise d'alcool est fortement déconseillée pendant le traitement

*AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN*

## GROSSESSE ET ALLAITEMENT

En raison de la présence de tramadol, ce médicament ne doit pas être utilisé pendant la grossesse.

# OSMOSINE®

Hydroxyde de magnésium

## Composition :

Composition pour 5 ml :

Hydroxyde de magnésium .....

Excipients : sorbitol, arôme orange, parahydroxybenzyl alcool, propyle sodé, eau purifiée et autres excipients .....

PPV  
34DH00

## Titulaire et fabricant :

Laboratoires SPIMACO MAROC km 4 ancienne route de l'aviation Tanger.

## Qu'est ce qu'OSMOSINE, et dans quels cas est-il utilisé.

OSMOSINE, est présenté sous forme d'une suspension orale en flacon de 260 ml. La boîte contient une cuillère qui peut mesurer des doses de 2,5 et 5 ml.

OSMOSINE, est un médicament qui possède une activité laxative et anti-acide (neutralise l'excès d'acide dans l'estomac).

**OSMOSINE, est indiqué dans le traitement symptomatique de la constipation.**

## Avant de prendre OSMOSINE :

Ne prenez pas ce médicament :

- Si vous êtes allergique à n'importe quel composant de la suspension.
- Si vous souffrez d'une atteinte rénale grave.
- Si vous présentez n'importe quel symptôme d'appendicite, d'obstruction ou d'inflammation intestinale, tels que douleur abdominale d'origine inconnue, crampes, ventre gonflé ou douloureux, nausées, vomissements ou diarrhée.

## Mises en garde et précautions d'emploi :

Atteintes rénales (même non graves) ou atteintes du foie. Toutefois un contrôle spécial doit être réalisé en cas de déshydratation, et chez les sujets âgés.

Consultez votre médecin si vous présentez n'importe quel symptôme qui indique une hémorragie.

Si les symptômes s'aggravent ou persistent après une semaine de traitement, consultez votre médecin.

## Grossesse :

Consultez votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre ce médicament.

## Important pour la femme

Si vous êtes enceinte ou vous pensez l'être, consultez votre médecin avant de prendre ce médicament.

La consommation de médicaments durant la grossesse peut être dangereuse pour le fœtus et pour l'embryon et doit être contrôlée par votre médecin.

## Allaitement :

Les femmes en période d'allaitement doivent consulter leur médecin ou leur pharmacien avant de prendre ce médicament.

En général, il convient au cours de la grossesse et de l'allaitement de toujours demander avis à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre un médicament.

## Enfants :

Consultez le médecin en cas d'enfants de moins de 12 ans.

## Interactions médicamenteuses :

Informez votre médecin ou votre pharmacien si vous prenez ou si vous avez récemment pris n'importe quels médicaments (même ceux obtenus sans ordonnance médicale), puisque l'administration concomitante de l'hydroxyde de magnésium peut altérer l'absorption ou l'action de