

# 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

- 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



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

## Déclaration de Maladie

N° M21- 048860

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2131

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

MARZAOUI TIANOU

Date de naissance :

12/12/1941

Adresse :

BOUED DEGA ZEBRA - N.110 - 8444

Tél. :

06 12 966210

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient															
				<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>														
				<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>														
				<b>Début d'exécution</b> <input type="text"/>														
				<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>														
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b> 	<b>Détermination du coefficient masticatoire</b>			<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </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> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553		<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
00000000	00000000																	
G																		
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
<b>(Création, Remont, adjonction)</b> Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>Date du devis</b> <input type="text"/>															
			<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>															
Visa et cachet du praticien		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
<b>DECLARATION N°</b> <b>P 14 / 0054053</b>			
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



P 14 / 0054053

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	Signature de l'adherent
Nom & Prénom			
Fonction	Phones		
Mail			
MEDECIN		Prénom du patient <u>Marzaoui</u>	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age <u>75</u>	Date <u>09/04/2021</u>
Nature de la maladie <u>maladie rénale chronique</u>		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>V2</u>			<u>300,00</u>
PHARMACIE		Date <u>09/04/2021</u>	
Montant de la facture		<u>103,50</u>	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
<u>01/04/21</u>		<u>109,00</u>	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV



# CENTRE DE MALADIES RENALES DIALYSE AL HAYAT OASIS

CASABLANCA

09-04-2021



Marzouq Tamer

Professeur Zaid Driss  
Néphrologie  
Dialyse

En traitement de 01 mois,

1/ Detrusol 4

18,

ou se Detrusol non  
disponible, prendre  
Detrusol

AS

1/2 - al ch ror

AS

2/ Motilium

Professeur Zaid Driss  
Néphrologie  
Centre de Maladies Rénales Dialyse  
Al Hayat Oasis  
29, Rue Edmond Rostand - Oasis  
Casablanca - Tél: 0522 77 99 50



d'autres parties de votre corps).



LOT : 9MA168  
PER.: 04 2022

**5. COMMENT CONSERVER MOTILUM 1 mg/ml, suspension buvable ?**

Tenir ce médicament hors de la vue et de la portée des enfants. N'utilisez pas MOTILUM 1 mg/ml, suspension buvable après la date de péremption indiquée sur la boîte. La date d'expiration « EXP » fait référence au dernier jour du mois indiqué. Les deux premiers chiffres indiquent le mois, les suivants l'année.

A conserver à une température ne dépassant pas 30°C. Ne pas mettre au réfrigérateur. Ne pas congeler.

Après première ouverture du flacon, le médicament doit être conservé maximum 3 mois.

Ne jetez aucun médicament au tout-à-l'égout ni avec les ordures ménagères. Demandez à votre pharmacien d'éliminer les médicaments que vous n'utilisez plus. Ces mesures contribueront à protéger l'environnement.

**6. Informations supplémentaires**

**Ce que contient MOTILUM 1 mg/ml, suspension buvable**

**La substance active est :**

Domperidone ..... 1 mg

Pour 1 ml de suspension buvable.

**Les autres composants sont :**

Polysorbate 20, solution d'hydroxyde de sodium, cellulose microcristalline et carmelllose sodique, sorbitol à 70 pour cent (non cristallisable), hydroxybenzoate de méthyle (E218), hydroxybenzoate de propyle (E216), saccharine sodique, eau purifiée.

**Aspect de MOTILUM 1 mg/ml, suspension buvable et contenu de l'emballage extérieur**

Ce médicament se présente sous forme d'une suspension buvable en flacon de 200 ml avec une seringue pour administration orale.

**La dernière date à laquelle cette notice a été révisée est juin 2016.**

ne prenez pas de dose  
avez oublié de prendre.  
ne peut provoquer des  
pas systématiquement  
sonne sur 100) :  
des bras et des jambes,  
excessive ou spasmes

l'administration et se  
démangeaisons, un  
sage  
survenir rapidement  
urticaire, des  
assemblent et des difficultés  
sibles.  
des troubles du rythme  
ou irréguliers) ont été  
ster (immédiatement le  
océe à un risque accru de  
rdiaque. Ce risque peut  
à 60 ans ou chez ceux  
alable chez l'adulte et chez

**contactez**

présentez un des

MOTILUM sont listés

ne sur 10) :

rsone sur 100) :

estimée sur la base des

xant vers le haut

z l'homme

alyses de laboratoire  
tion d'inconfort avec un  
et parfois les bras et

**JANSSEN-CILAG**

Fabrique sous licence par :

**maphar**, Km 10, route côtière 111, Ql-Zenata,

Ain Sebâ, Casablanca.

Rachid LAMRINI, Pharmacien Responsable



# UROSTA

Oxybutynine

## PRESENTATION

Comprimé sécable (blanc) ; boîte de

## COMPOSITION

Oxybutynine chlorhydrate

## INDICATIONS

C'est un antispasmodique qui lutte contre  
Il est utilisé dans le traitement des envies  
instabilité de la vessie, et entraînant des fu

## CONTRE-INDICATIONS

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

- glaucome à angle fermé,
- risque de blocage des urines (adénome de prostate...),
- myasthénie grave,
- bronchite chronique,
- atonie intestinale,
- enfant de moins de 5 ans.

## ATTENTION

L'apparition d'une douleur violente de l'œil, accompagnée d'une rougeure et  
surtout d'une baisse de l'acuité visuelle, doit conduire à consulter d'urgence un  
ophtalmologiste : il peut s'agir d'un glaucome aigu.

## GROSSESSE ET ALLAITEMENT

L'effet de ce médicament pendant la grossesse ou l'allaitement est mal connu  
: seul votre médecin peut évaluer le risque éventuel de son utilisation dans  
votre cas.

## MODE D'EMPLOI ET POSOLOGIE

Ce médicament doit être avalé avec un verre d'eau.

### Posologie usuelle :

- Adulte : 1 comprimé, 3 fois par jour.
- Enfant de plus de 5 ans : 1 comprimé, 2 fois par jour.

## EFFETS INDESIRABLES POSSIBLES

Ce médicament peut être responsable d'effets atropiniques : sécheresse de la  
bouche, troubles de la vision, constipation.

PPV:62DH70

PER:10-22

LOT:12274

**UROSTA®** 

Oxybutynine 5 mg

60 Comprimés sécables



bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable