

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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 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](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)

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



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

## Déclaration de Maladie

N° P19-0033765

N° 87896

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6986 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : SERBOUTI ABDELKADER  
 Date de naissance : 15/10/1959  
 Adresse : Tranche 18 Imm 23 N° 14 ATTACHORRA  
 Tél. : 0666 13 14 74 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /  
 Nom et prénom du malade : Age :  
 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) :



### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/9/21	49,60

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

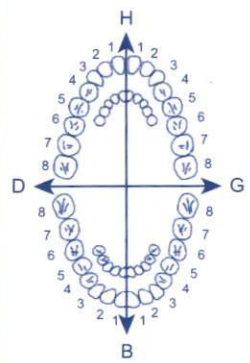
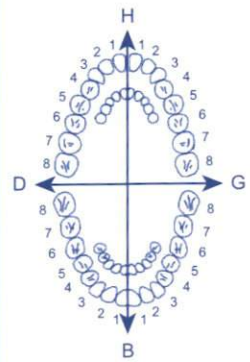
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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

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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>            21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>B</b>            00000000            35533411         </div> <div style="text-align: center;"> <b>B</b>            00000000            11433553         </div> </div>		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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

# صيدلية شحنون

## PHARMACIE SAHNOUN

### SAHNOUN FATIHA


Docteur en Pharmacie



## FACTURE

N° 100059

Casablanca le, : 15/10/21 Mr. : SEBBAH Abdelkader

Quantité	Désignation	Prix U.	Prix T.
1	Duone fort	49.60	49.60
cette facture Annule a l'issue de 49,60			
			

Pharmacie SAHNOUN  
Dr. Fatima SAHNOUN  
Bd. Mohammed VI - Hay Al Walaa Im 11  
Tél: 6550 1010 - Fax: 09 2057762



دسكير قوي 100 000 وحدة دولية،  
محلول للشرب، علية من 3 أمولات.  
ليكليسفيرول (فيتامين D3).

saubares

PPV:49,60 DH

LOT: 21D27

EXP: 04/2024

يرجى م

يجب عا

احتفظ

اتصلا

إذا أحسست بأي آثار جانبية أو إذا لاحظت

يجب الاتصال بالطبيب إذا لم تشعروا بأي تحسن ينكر.

ات الطبيب أو الصيدلي.

هذه النشرة، فتحدثوا إلى الطبيب أو الصيدلي.

## محتويات النشرة :

1. ماهو دسكير قوي ومتى يتم استعماله ؟
2. ما هي المعلومات التي يجب معرفتها قبل استعمال دسكير قوي ؟
3. كيفية استعمال دسكير قوي ؟
4. ما هي الآثار الجانبية المحتملة ؟
5. كيفية حفظ دسكير قوي
6. معلومات إضافية

## 1. ماهو دسكير قوي ومتى يتم استعماله ؟

### الوصف الدوائي للعلاج:

### دواعي الاستعمال:

يستعمل دسكير قوي 100 000 وحدة دولية للعلاج الأولي لنقص الفيتامين (د)

## 2. ما هي المعلومات التي يجب معرفتها قبل استعمال دسكير قوي ؟

### لا تستخدموا هذا الدواء:

- إذا كنتم تتناولون من الحساسية للكلوكالسيفيرول أو لأي سواغ آخر من سواغات الدواء ( انظر الفقرة 6 )
- إذا كنتم تحت سن 18 سنة من العمر.
- إذا كان لديكم فرط كالسيوم الدم (زيادة الكالسيوم في الدم) و / أو
- إذا كان لديكم فرط كالسيوم البول (زيادة الكالسيوم في البول).
- إذا كنتم تتناولون من شبه قصور الغدة الجنب درقية (اضطراب في عملية استقلاب هرمون الغدة الجنب درقية)، لأن الحاجة للفيتامين (د) قد تنخفض خلال فترات الحساسية الطبيعية للفيتامين (د).
- في هذه الحالة، هناك خطر ظهور أعراض الجرعة الزائدة المزمن. مشتقات الفيتامين (د) تكون موجودة في هذه الحالات.
- إذا كان لديكم استعداد لتكون حصوات الكلى التي تحتوي على الكالسيوم.
- إذا كان لديكم فرط الفيتامين(د).
- تحذيرات خاصة واحتياطات الاستعمال :
- إذا كانت لديكم اضطرابات في إفراز الكالسيوم والفوسفات في البول،
- إذا كنتم تتعالجون بمشتقات البنزوديازيبين(التي تستخدم لتخفيف إفراز البول)،
- عند المرضى المعنفين لأنهم قد يتعرضون لخطر زيادة الكالسيوم في الدم وزيادة الكالسيوم في البول.
- إذا كنتم تتناولون من مرض الساركويد بالنظر إلى مخاطر تحول فيتامين (د) إلى مستقبله النشط. في هذه الحالة، فإنه من الضروري مراقبة نسبة الكالسيوم في الدم وفي البول.

من الضروري مراقبة تأثير الدواء على عملية استقلاب الكالسيوم والفوسفات عند المرضى الذين يعانون من الفشل الكلوي.  
يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار نسبة الفيتامين (د) عند استعمال الادوية التي تحتوي على هذا الفيتامين.  
إن الاستعمال الإضافي للفيتامين (د) أو الكالسيوم يجب أن يتم تحت إشراف طبي. في هذه الحالة، يجب فحص مستوى الكالسيوم في الدم والبول.  
في حالة العلاج لفترات طويلة، و من أجل التحكم في مستويات الكالسيوم في الدم والبول ووظيفة الكلى، من المستحسن قياس الكرياتينين في مصل الدم.  
هناك مراقبة ذات أهمية خاصة عند كبار السن الذين يتناولون العلاج بواسطة الكليوكالسيدات القلبية (التي تستخدم لتخفيف وظيفة القلب) أو مدرات البول (التي تستخدم لتخفيف إفراز البول).  
في حالة ظهور زيادة كالسيوم الدم أو علامات الفشل الكلوي، ينبغي تخفيض الجرعة أو وقفها. من الضروري خفض الجرعات أو وقف العلاج مؤقتا إذا تجاوزت نسبة