

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Consignes 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.

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

Déclaration de Maladie

MUPRAS N° M21- 0050776

RECEPTION 9

Dossier P14 - 00 12 191

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8949 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MACHHOUR LAHOUSSE

Date de naissance : 30/01/1960

Adresse : 11 D Rue CHEIKH MA ELAYNINE HAY ERRAH

BENUE CHED

Tél : 06 13 62 1890 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 : DERRA Le : 02/11/2019

Signature de l'adhérent(e) :

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

VOLET ADHERENT	NOM : <u>DEHHOUR LAHOUSSENE</u>	Mle <u>8949</u>
DECLARATION N° P 14/0017191		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		
Cachet MUPRAS		



P 14 / 0017191

DATE DE DEPOT

02/10/2021

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	Mle <u>8949</u>	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom	<u>DEHHOUR LAHOUSSENE</u>	
Fonction	<u>Bagagiste</u>	
Phones	<u>06 13 62 18 90</u>	
Mail		

MEDECIN	Prénom du patient
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie	Date <u>30/09/21</u>
	Date 1ère visite
<u>AT Ady Miproue e chon</u>	

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>Catml</u>		<u>Catml</u>

PHARMACIE	Date <u>30/09/2021</u>
Montant de la facture	
<u>534,60</u>	<u>INPE: 062673820</u>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES	Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX	Date
Nombre	
AM	PC
IM	IV
Montant détaillé des Honoraires	

CACHET

CACHET

Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD

Cardiologue

Lauréat de la faculté de médecine de Casablanca

Ancien Médecin à l'hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca

Ancien Médecin praticien à Klinikum Lüdenscheld Allemagne

Diplômé en Echocardiographie Doppler de l'université Bordeaux II



د. خضر محمد فؤاد

أخصائي أمراض القلب والأشرايين

خريج كلية الطب بالبحر الأبيض

طبيب سابق بمستشفى الشيخ خليفة بالبحر الأبيض

طبيب سابق بمستشفى لودنشايد بألمانيا

حاصل على شهادة الفحص بالصدى من جامعة بورجو فرانسوا

Ordonnance

Berrechid, le :

Berrechid le : **30 septembre 2021**

Mme EL BADAOUI MERIEM

REGIME PAUVRE EN SEL

COAVACOR 300/12.5 MG

1 Cp/J matin à jeun

KARDEGIC 160MG

1 Sachet/J à m.Ji

NEBILET 5MG

1/2 Cp/J à midi

NOLIP 10MG

1Cp/J le soir

ZYLORIC 100MG

1 Cp/J le soir

CALCINIB 5MG

1 Cp/j le soir

Traitement pendant : 3 Mo's

LOT 271756
EXP 06 2025
PPV 46.70 DH

158,20

Pharmacie MAROUANE
Dr. Mustapha EL AZIZI
Hay El Bahi - Berrechid
Tél: 0522 32 83 33

Lot n° :
EXP :
PPV :

157,10

Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD
CARDIOLOGUE
11-Bd Mohamed V - Etage 1106 BERRECHID
Tél: 0522 32 83 33

LOT: 088
PER: AVR 2024
PPV: 49 DH 40



KARDEGIC® 160mg

Acétylsalicylate de DL-Lysine
poudre pour solution buvable en sachet-dose

SANOFI 

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

a) DENOMINATION

KARDEGIC 160 mg, poudre pour solution buvable.

b) COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

ACETYSALICYLATE DE DL-LYSINE 288 mg (quantité correspondante en acide acétylsalicylique : 160 mg).

Excipients : Glycolle, arôme mandarine, glycyrrhizinate d'ammonium.

c) FORME PHARMACEUTIQUE

Poudre pour solution buvable; Sachet-dose ; boîte de 30.

d) CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTI-THROMBOTIQUE/INHIBITEURS DE L'AGREGATION PLAQUETTAIRE, HEPARINE EXCLUE.

2. DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

(Indications)

Ce médicament contient de l'aspirine, mais ce dosage est plus particulièrement destiné au traitement de certaines affections du cœur ou des vaisseaux, seul ou associé aux autres traitements prescrits par votre médecin.

Il ne devra pas être entrepris sans l'avis de celui-ci, seul juge de l'établissement et de la conduite de ce traitement.

3. ATTENTION

a) DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

(Contre-indications)

Ce médicament NE
• En cas d'ulcère de
En cas d'allergie cor
non stéroïdiens (telle
de maladie hémorra
par le méthotrexate,
l'aspirine est prescrit

LOT : 21E007
PER: 12 2022

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



6 118001 081189

• En dehors

d'utilisations extrêmement limitées, et qui justifient une surveillance spécialisée, tout médicament à base d'aspirine est CONTRE-INDIQUE à partir du 6ème mois de la grossesse (cf. Grossesse et Allaitement).

Ce médicament NE DOIT GENELEMENT PAS être utilisé sauf avis contraire de votre médecin, en cas de : - goutte, - règles ou saignements gynécologiques anormaux, - traitement concomitant par les anticoagulants oraux (notamment lorsque l'aspirine est prescrite à faibles doses) ou par l'héparine, les uricosuriques, ou d'autres anti-inflammatoires (notamment lorsque l'aspirine est prescrite à des doses > 3g/j) (cf. rubrique Interactions médicamenteuses et autres interactions). L'allaitement est déconseillé pendant le traitement (cf. Grossesse et Allaitement).

b) PRECAUTIONS D'EMPLOI

Il est important de signaler à votre médecin certains problèmes de santé ou situations : - maladie des reins, - asthme, - antécédent d'ulcère de l'estomac ou du duodénum, ou d'hémorragies digestives, hypertension artérielle, - diabète, - port de stérilet.

L'aspirine augmente les risques hémorragiques et ceci dès les très faibles doses et même lorsque la prise date de plusieurs jours. Prévenir votre médecin traitant, le chirurgien, l'anesthésiste ou simplement votre dentiste au cas où un geste chirurgical, même mineur, est envisagé.

Ce médicament ne contenant pas de sodium (sel), il peut être administré en cas de régime désodé ou hyposodé.

c) INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN notamment si vous prenez des anticoagulants oraux (notamment lorsque l'aspirine est prescrite à faibles doses) ou un traitement par l'héparine, des uricosuriques ou d'autres anti-inflammatoires (notamment lorsque l'aspirine est prescrite à des doses > 3g/j).

نيبيلت® 5 مجم

والغثيان) والثيوريدازين؛

أدوية لعلاج الاكتئاب مثل أميتريبتيلين، الباروكستين، فلو كستين.

أدوية الربو، وانسداد الأنف أو بعض اضطرابات العين مثل الجلوكوما (ارتفاع الضغط في العين) أو تمدد (توسع) حقة العين. باكليفين (دواء مضاد التشنج العضلي) اميفوستين (دواء وقائي يستخدم لعلاج السرطان).

عقاقير لعلاج حمض المعدة الزائد أو القرحة (مضاد للحموضة المخدرات)، على سبيل المثال سيميتيدين، ينبغي تناول أقراص نيبيلت 5 مجم أثناء وجبات الطعام ومضادات الحموضة بين وجبات الطعام.

من المستحسن استخدام هذه الأدوية عادة خلال فترة العلاج مع نيبولول ما لم ينصح خلاف ذلك من قبل الطبيب.

3- كيفية تناول أقراص نيبيلت 5 مجم؟

ارتفاع ضغط الدم

تكون الجرعة عادة قرص واحد يوميًا. أما مع المرضى المسنين الذين يعانون من القصور الكلوي تكون الجرعة 1/2 قرص يوميًا.

يحدث نشاط ارتفاع ضغط الدم عادة بعد 1-2 أسابيع من بداية العلاج، ولا يمكن أن يحدث أكبر قدر من التأثير حتى بعد 4 أسابيع.

وقد يقرر الطبيب المعالج تناول أدوية أخرى خافضة للضغط في حالة الاستجابة غير الكافية.

قصور القلب المزمن

يتم تعديل الجرعة إلى كل مريض، من خلال زيادتها بشكل تدريجي. كما 12 أسبوعاً إذا كان المريض يستخدم الأدوية

يرجى قراءة هذه النشرة الطبية بعناية قبل استعمال هذا الدواء

• احرص على الاحتفاظ بهذه النشرة، فقد تحتاج لقراءتها مرة أخرى.

• إذا كانت لديك أي استفسارات أو التبتت عليك أية أمور؛ يرجى استشارة الطبيب المعالج أو الصيدلي.

تم وصف هذا الدواء إذا يحظر وصفه أو إعطاءه في من نفس الأعراض فقد

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés
PPV 87DH50

م هي:

5.00

مجم

في شكل هيدروكلوريد نيبولول 5.45 مجم للقرص

المركبات الأخرى هي:

بوليسوربات 80، هيدروكسي بروبيل، ميثيل سيللوز، مونوهيدرات اللاكتوز، نشا الذرة، كروس كارميلوز الصوديوم، سيللوز الجريزوفولفين، غروية السيليكا اللامائية، ستيرات المغنيسيوم.

1- ما هي أقراص نيبيلت 5 مجم.

وما هي دواعي استعمالها؟

يأتي الدواء في علبة تحتوي على 28 قرص.

وبعد هذا الدواء من حاصرات بيتا الانتقائية.

يتم باستخدام هذا الدواء في علاج ارتفاع ضغط الدم