

## 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.

#### 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.

#### Educational :

- 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.

#### Prothèse :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

#### 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

- Déclaration : contact@mupras.com
- Mise 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.

6 : 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° P19- 0044158

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5820

Société : RAY

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KHEDROUF Abdelhak

Date de naissance : 21/5/60

Adresse : Hôpital

Tél : Total des frais engagés : 488,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/05/2022

Nom et prénom du malade : MAMSIH RABIA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : diabète type 2

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 : Casablanca

Le : 8/3/22

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
15 Fevr 2022		5	250,00 Dh	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

233,60

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# 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 de l'OD

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

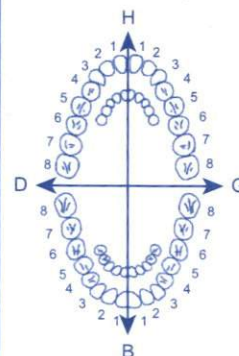
Coefficient

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION



# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

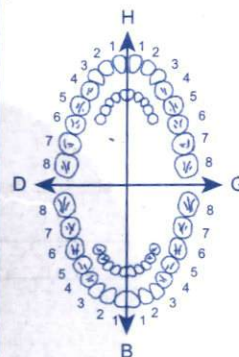
H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'

**Dr. Abderrahim Bokhamy**

**SPECIALISTE EN ENDOCRINOLOGIE  
ET MALADIES METABOLIQUES**

**Diabète - Obésité - Nutrition  
Cholestérol - Glandes - Stérilité  
Ménopause - Andrologie**

**الدكتور عبد الرحيم بخاسي**

**اختصاصي في أمراض السكري  
الغدد و التغذية**

**السكر - التغذية - السمرة - الكوليسترول  
الإضطرابات الهرمونية - العقم**



\* 061011375 \*

برشيد في Berrechid, le.....

15 Fevr 2022

**Dr. Abderrahim BOKHAMY**  
Endocrinologue - Diabétologue  
Av. Allal Ibn Abdellah, Rés. Ibn Khaldoun  
Porte 4 - Berrechid - Tél : 05 22 32 87 88

20,80 x 2j

Glucophage



15 x 1j

x 3j

48,00 x 4 j

Diurétique 10



15 x 2j

x 3j

1,233 60

**Dr. Abderrahim Bokhamy**  
SPECIALISTE EN ENDOCRINOLOGIE  
ET MALADIES METABOLIQUES  
INP : 061011375  
BERRECHID

**صيدلية مسجد الرياض**  
Pharmacie Mosque Riad  
Dr. Siham TAMIR  
N°: 1-2 Mosque Riad  
Riyad (A côté du Stade Sportif) Berrechid  
Tél / Fax: 05 22 33 08 22

شارع علال بن عبد الله - إقامة ابن خلدون - الباب رقم 4 (قرب القيسارية) - برشيد

هاتف العيادة : 05 22 328 787 - المحمول : 0666 352 104



# 1- DENOMINATION DU MEDICAMENT

49,00

49,00

49,00

49,00

20,30

20,30

20,30

Respectez toujours la posologie indiquée par votre médecin. En cas d'incertitude consultez votre médecin ou votre pharmacien.

## Mode d'administration

Avaler les comprimés, sans les croquer, avec un grand verre d'eau.

## Fréquence d'administration

L'administration se fait en une prise unique ou en 3 prises régulièrement espacées dans la journée, administrées de préférence au moment des repas.

## 6- CONTRE-INDICATIONS

Liste des informations nécessaires avant la prise du médicament

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

mais DIMAZOL 10 mg, comprimé :

ersensibilité) au carbimazole ou à l'un des composants de DIMAZOL 10 mg.

ers de la thyroïde, des saignements sanguins, hépatique,

ement (voir Grossesse et allaitement).

## Effets indésirables :

les médicaments, DIMAZOL 10 mg, est susceptible d'avoir des effets

ien que tout le monde n'y soit pas sujet. matologiques :

partielle ou totale, des globules blancs anormaux par de la fièvre, une angine ou

Des décès consécutifs à cette baisse des globules blancs ont été rapportés.

bre de globules rouges et de plaquettes.

nausées, troubles gastriques modérés, perte du goût ; du fonctionnement du foie ou inflammation

atite, jaunisse ; urticaires ;

cutanées : éruption cutanée, démangeaisons. Des cas de chute de cheveux ont été

olés de myopathie (trouble musculaire) ont été

hymoses) ; articulaires (arthralgie) ; Réactions allergiques

s pouvant toucher le foie, les poumons et les

Angioedème (se manifeste par un gonflement de la face, de la langue et/ou du pharynx et/ou une difficulté à avaler ou une urticaire associée à des difficultés à respirer).

Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si certains effets indésirables deviennent graves, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

## 8- MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS PARTICULIERES D'EMPLOI

### Mises en garde spéciales

En cas d'apparition de fièvre, d'angine, d'ulcères buccaux (inflammation au niveau de la muqueuse de la bouche), de bleus, de saignements ou de malaise, consultez immédiatement votre médecin.

En effet, ces symptômes peuvent traduire une baisse brutale du nombre de certaines cellules sanguines qui nécessite la réalisation d'une numération de la formule sanguine (prise de sang) en urgence et l'arrêt du traitement.