

## 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.



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-700923

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1318

Société : RAO

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Mury Oussama

Date de naissance : 14/02/1995

Adresse : 115 Lacollene Media

Tél : 0661220943

Total des frais engagés : 442,30

Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Dr. ABDALLAH JADID**  
**MEDECIN GENERALISTE**  
**DIPLOME DE DIABETOLOGIE**  
604 BD ABDELKRIM KHATTABI DERS CHABAB  
MOHAMMEDIA - Tél : 06 23 3142 42  
I.N.P 091090490

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/31/2022

Nom et prénom du malade : Mury Oussama

Age : 27

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : DAI

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.

Le : 26 / 03 / 2022

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019


### 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

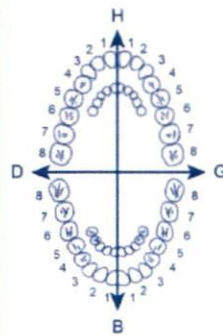
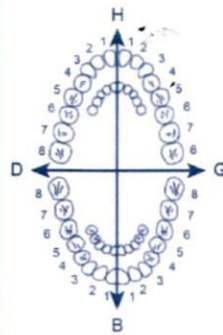


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Honoraires
23/3/22			150	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/03/2022	29230

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </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> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] 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																

**Dr. Abdallah JADID**

Médecin Généraliste

DIPLOME DE DIABETOLOGIE

(Faculté de Médecine Montpellier 1)

FRANCE



الدكتور عبد الله جاديد

الطب العام

حامل دبلوم جامعي في داء السكري

(كلية الطب مونتبلي)

فرنسا

**ORDONNANCE**

Mohammedia, le : 28/3/22 في : المحمدية،

*Mary ourams.*

*PRADA LP 1000*

*un*

*my*

*26/100 Crestor 20*

*3/80 Zylone 20*

*29/20*



LOT 212958  
EXP 11 2025  
PPV 31.30

*31, 30*

**PHARMACIE EL ALIA**  
KAMAL KHALLA  
Ep. BENI DERRAZIK  
Rue Mar. Arabi - Alia  
Mohammedia - Tél : 05 23 32 24 35

**Dr. ABDALLAH JADID**  
**MEDECIN GENERALISTE**  
**DIPLOME DE DIABETOLOGIE**  
604, Bd ABDELKRIM KHATTABI DERB CHABAB  
MOHAMMEDIA - Tél : 05 23 31 42 42  
I.N.P 091090498

Rendez-vous le :

604, شارع عبد الكريم الخطابي، درب الشباب العالية المحمدية

الهاتف : 05 23 31 42 42 / Tél : 05 23 31 42 42, 604, Bd Abdelkrim Al Khattabi, Derb Chabab El Alia Mohammedia / البريد الإلكتروني : jadidabdellah01@hotmail.fr - E-mail : jadidabdellah01@hotmail.fr - إستعجال : 06 61 06 39 03 - Urgences :



# CRESTOR 5 mg, comprimé pelliculé CRESTOR 10 mg, comprimé pelliculé CRESTOR 20 mg, comprimé pelliculé

Rosuvastatine

**Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.**

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

## Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que CRESTOR, comprimé pelliculé et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre CRESTOR, comprimé pelliculé ?
3. Comment prendre CRESTOR, comprimé pelliculé ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver CRESTOR, comprimé pelliculé ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

## 1. QU'EST-CE QUE CRESTOR, comprimé pelliculé ET QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : Inhibiteur de l'HMG-CoA réductase - code ATC : C10A A07

CRESTOR appartient au groupe des médicaments appelés statines. CRESTOR vous a été prescrit parce que :

Vous avez un taux élevé de cholestérol ce qui signifie que vous présentez un risque de faire une attaque cardiaque ou un accident vasculaire cérébral. CRESTOR est utilisé chez les adultes, les adolescents et les enfants âgés de 6 ans et plus pour traiter un taux de cholestérol élevé.

## Ne prenez jamais CRESTOR, comprimé pelliculé :

- Si vous êtes allergique à la rosuvastatine ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6.
- Si vous êtes enceinte, si vous allaitez, arrêtez immédiatement le traitement et prévenez votre médecin ; il convient de prendre un contraceptif approprié pour éviter d'être enceinte pendant le traitement par CRESTOR.
- Si vous avez actuellement des problèmes hépatiques.
- Si vous avez des problèmes rénaux graves (si vous avez un doute, demandez à votre médecin).
- Si vous avez des troubles musculaires appelés myopathie (douleurs musculaires répétées ou inexpliquées).
- Si vous prenez de la ciclosporine (utilisée par exemple lors de greffes d'organes).

Si vous êtes concernés par l'une de ces situations (ou si vous avez un doute), parlez-en à votre médecin.

## ne devez pas prendre 40 mg de CRESTOR (dosage le

- z une insuffisance rénale modérée (en cas de doute, z à votre médecin) ;
- z des troubles de la thyroïde ;
- z des douleurs musculaires répétées ou inexpliquées, évidents personnels ou familiaux de problèmes musculaires ;
- avez déjà présenté des douleurs musculaires avec un autre traitement abaissant les taux de cholestérol ;

- Vous consommez régulièrement des quantités importantes d'alcool ;
- Vous êtes d'origine asiatique (japonais, chinois, philippin, vietnamien, coréen et indien) ;
- Vous êtes déjà traité par un autre médicament abaissant les taux de cholestérol appelé fibraté.

Si vous êtes concernés par l'une de ces situations (ou si vous avez un doute), parlez-en à votre médecin.

## Avertissements et précautions

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Q1,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 20mg cp pell b30  
P.P.V : 261,00 DH

