

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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



Déclaration de Maladie

M22- 0035582

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 537 Société : ROYAL AIR MAROC
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MÉHARCHI ASIA
 Date de naissance : 1947
 Adresse : RUE SULTAN ABDELHAMID IMM 44 APT 13
 BOURGOGNE CASABLANCA
 Tél. 06.96.49.11.45 Total des frais engagés : 897.20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 17 JAN 2023
 Nom et prénom du malade : MÉHARCHI ASIA Age : 75
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HTA
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : 17 / 01 / 2023
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
17 JAN 2023		1	200	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE L'AVENIR Mme DAUDI 100, Bd Med El Meknessi Bourges 09 20 12 43 64	17/01/23	697,20

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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	DETERMINATION DU CCEFFICIENT 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

Docteur Hassane SBIoui

Ancien Médecin Major de la marine royale
Ancien Médecin au 1^{er} Bataillon Médical Militaire

Chirurgie dermatologique

Echographiste

(Échotomographie doppler couleur abdominale et gynéco-obstétricale)

Traitement de la douleur

Traitement des névroses psychiatriques

Traitement du diabète et de la thyroïde

الدكتور الحسن السبيوي

سابقاً طبيب ماجور بالبحرية الملكية
سابقاً طبيب بالفيلق الأول للقوات المسلحة الملكية

جراحة الجلد

الفحص بالصدى العام

الفحص بالصدى و الدوبلير للملون

دراسات عليا في علاج كل أنواع الألم

علاج الأمراض النفسانية

علاج السكري و الغدة الدرقية

MR HARCHAT ASSIA

Casablanca le

17 JAN. 2023

الدار البيضاء في

198,20x3



160

191x3

34,20x3

Sodex



191x3

697,20

PHARMACIE DE L'AVENIR

Mme L. LOUDI

100, Bd Med El Meknassi Bourgoigne
Casablanca - Tél. 05 22 27 22 31

AMM N°:460/15 DMP/21/NNP

PPV: 198.20 Dhs

N° Lot : 2HW439

Fab. : 05/2022

Per. : 05/2024

AMM 460/15 DMP/21/NHP

PPV: 198,20 DH

N° Lot : 2HW407

Fab. : 02/2022

Per. : 02/2024

88, Bd. Mohammed El Meknassi Bourgoigne
Tél: 05 22 27 22 31
Docteur Hassane Sbioui

SODRIX® 150 MG

PPV :

LOT :

PER :

1. DENOMINATION DU MEDICAMENT
SODRIX LP 1,5 mg Comprimé
(DCI) Indapamide

Veuillez lire attentivement l'instruction.
Gardez cette notice, vous pourriez en avoir besoin.
Si vous avez toute autre question ou si vous avez besoin de plus d'informations, consultez votre pharmacien.
Ce médicament vous a été prescrit pour traiter une hypertension artérielle. Si l'un des effets indésirables mentionnés dans cette notice, parlez-en à votre médecin.

Prenez ce médicament.
Consultez votre médecin pour plus d'informations à votre médecin.
Ne prenez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas d'urgence. Si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre pharmacien.

2. COMPOSITION DU MEDICAMENT

Composition qualitative et quantitative en substance (s) active (s) par unité de prise
Indapamide.....1,5 mg

Composition qualitative en excipients

Excipients : Lactose monohydrate, povidone K30, HPMK K30M, HPMC K4M, silice colloïdale, stéarate de magnésium, hydroxypropyl méthylcellulose, macrogol 400 et dioxyde de titane.

Excipients à effet notoire : Lactose.

3. CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE OU LE TYPE D'ACTIVITE

Diurétique du segment cortical de dilution (C : système cardiovasculaire).

4. INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Hypertension artérielle essentielle.

5. POSOLOGIE

- Mode et voies d'administration ;

Vole orale.

Le comprimé doit être avalé entier avec de l'eau et ne doit pas être croqué.

- Durée du traitement et Fréquence d'administration ;

1 comprimé par 24 heures, de préférence le matin.

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

6. CONTRE-INDICATIONS

DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

-Hypersensibilité à l'indapamide, aux autres sulfamides ou à l'un des excipients.

-Insuffisance rénale sévère.

-Encéphalopathie hépatique ou insuffisance hépatique sévère.

-Hypokaliémie.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE

MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

7. EFFETS INDESIRABLES

CE MEDICAMENT PEUT CHEZ CERTAINES PERSONNES ENTRAINER DES EFFETS PLUS OU MOINS GRAVES :

- Vertige, céphalées, syncope

- Anémie, thrombocytopénie, leucopénie

- Arythmie, hypotension

- Vomissement, constipation, bouche sèche

- Insuffisance rénale

- Possibilité de survenue d'encéphalopathie hépatique en cas d'insuffisance hépatique

- Eruptions maculopapuleuses, purpura

- Hypercalcémie

-Elevation de la glycémie et de l'uricémie au cours du traitement, l'emploi de ces diurétiques sera

soigneusement mesuré chez les sujets gouteux ou diabétiques.

SI VOUS REMARQUEZ DES EFFETS INDESIRABLES NON MENTIONNES DANS CETTE NOTICE,

VEUILLEZ EN INFORMER VOTRE MEDECIN OU VOTRE PHARMACIEN.

8. MISES EN GARDE SPECIALES

En cas d'atteinte hépatique, les diurétiques apparentés aux thiazidiques peuvent induire une encéphalopathie hépatique, particulièrement en cas de déséquilibre électrolytique. Dans ce cas, l'administration du diurétique doit être immédiatement interrompue.

Photosensibilité :

Des cas de photosensibilité ont été rapportés avec les diurétiques thiazidiques et apparentés. Si une réaction de photosensibilité apparaît pendant le traitement, il est recommandé d'arrêter le traitement. Si une

SODRIX® 150 MG

PPV :

LOT :

PER :

1. DENOMINATION DU MEDICAMENT
SODRIX LP 1,5 mg Comprimé
(DCI) Indapamide

Veuillez lire attentivement l'instruction.
Gardez cette notice, vous pourriez en avoir besoin.
Si vous avez toute autre question ou si vous avez besoin de plus d'informations, consultez votre pharmacien.
Ce médicament vous a été prescrit pour traiter une hypertension artérielle. Si l'un des effets indésirables mentionnés dans cette notice, parlez-en à votre médecin.

Prenez ce médicament.
Demandez plus d'informations à votre médecin.
Ne prenez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas d'urgence, un médicament que vous avez remarqué un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre pharmacien.

2. COMPOSITION DU MEDICAMENT

Composition qualitative et quantitative en substance (s) active (s) par unité de prise
Indapamide.....1,5 mg

Composition qualitative en excipients

Excipients : Lactose monohydrate, povidone K30, HPMK K30M, HPMC K4M, silice colloïdale, stéarate de magnésium, hydroxypropyl méthylcellulose, macrogol 400 et dioxyde de titane.

Excipients à effet notoire : Lactose.

3. CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE OU LE TYPE D'ACTIVITE

Diurétique du segment cortical de dilution (C : système cardiovasculaire).

4. INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Hypertension artérielle essentielle.

5. POSOLOGIE

- Mode et voies d'administration :

Vole orale.

Le comprimé doit être avalé entier avec de l'eau et ne doit pas être croqué.

- Durée du traitement et Fréquence d'administration :

1 comprimé par 24 heures, de préférence le matin.

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

6. CONTRE-INDICATIONS

DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

-Hypersensibilité à l'indapamide, aux autres sulfamides ou à l'un des excipients.

-Insuffisance rénale sévère.

-Encéphalopathie hépatique ou insuffisance hépatique sévère.

-Hypokaliémie.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE

MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

7. EFFETS INDESIRABLES

CE MEDICAMENT PEUT CHEZ CERTAINES PERSONNES ENTRAINER DES EFFETS PLUS OU MOINS GRAVES :

- Vertige, céphalées, syncope

- Anémie, thrombocytopénie, leucopénie

- Arythmie, hypotension

- Vomissement, constipation, bouche sèche

- Insuffisance rénale

- Possibilité de survenue d'encéphalopathie hépatique en cas d'insuffisance hépatique

- Eruptions maculopapuleuses, purpura

- Hypercalcémie

-Elevation de la glycémie et de l'uricémie au cours du traitement, l'emploi de ces diurétiques sera

soigneusement mesuré chez les sujets gouteux ou diabétiques.

SI VOUS REMARQUEZ DES EFFETS INDESIRABLES NON MENTIONNES DANS CETTE NOTICE,

VEUILLEZ EN INFORMER VOTRE MEDECIN OU VOTRE PHARMACIEN.

8. MISES EN GARDE SPECIALES

En cas d'atteinte hépatique, les diurétiques apparentés aux thiazidiques peuvent induire une encéphalopathie hépatique, particulièrement en cas de déséquilibre électrolytique. Dans ce cas, l'administration du diurétique doit être immédiatement interrompue.

Photosensibilité :

Des cas de photosensibilité ont été rapportés avec les diurétiques thiazidiques et apparentés. Si une réaction de photosensibilité apparaît pendant le traitement, il est recommandé d'arrêter le traitement. Si une

SODRIX® 150 MG

PPV :

LOT :

PER :

1. DENOMINATION DU MEDICAMENT
SODRIX LP 1,5 mg Comprimé
(DCI) Indapamide

Veuillez lire attentivement l'notice.
Gardez cette notice, vous pourriez en avoir besoin.
Si vous avez toute autre question ou si vous avez besoin de plus d'informations, consultez votre pharmacien.
Ce médicament vous a été prescrit pour traiter une hypertension artérielle. Si l'un des effets indésirables mentionnés dans cette notice, parlez-en à votre médecin.

Prenez ce médicament.
Pour plus d'informations, consultez votre médecin.
Ne prenez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de besoin.
Si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre pharmacien.

2. COMPOSITION DU MEDICAMENT

Composition qualitative et quantitative en substance (s) active (s) par unité de prise
Indapamide.....1,5 mg

Composition qualitative en excipients

Excipients : Lactose monohydrate, povidone K30, HPMK K30M, HPMC K4M, silice colloïdale, stéarate de magnésium, hydroxypropyl méthylcellulose, macrogol 400 et dioxyde de titane.

Excipients à effet notoire : Lactose.

3. CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE OU LE TYPE D'ACTIVITE

Diurétique du segment cortical de dilution (C : système cardiovasculaire).

4. INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Hypertension artérielle essentielle.

5. POSOLOGIE

- Mode et voies d'administration :

Vole orale.

Le comprimé doit être avalé entier avec de l'eau et ne doit pas être croqué.

- Durée du traitement et Fréquence d'administration :

1 comprimé par 24 heures, de préférence le matin.

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

6. CONTRE-INDICATIONS

DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

-Hypersensibilité à l'indapamide, aux autres sulfamides ou à l'un des excipients.

-Insuffisance rénale sévère.

-Encéphalopathie hépatique ou insuffisance hépatique sévère.

-Hypokaliémie.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE

MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

7. EFFETS INDESIRABLES

CE MEDICAMENT PEUT CHEZ CERTAINES PERSONNES ENTRAINER DES EFFETS PLUS OU MOINS GRAVES :

- Vertige, céphalées, syncope

- Anémie, thrombocytopénie, leucopénie

- Arythmie, hypotension

- Vomissement, constipation, bouche sèche

- Insuffisance rénale

- Possibilité de survenue d'encéphalopathie hépatique en cas d'insuffisance hépatique

- Eruptions maculopapuleuses, purpura

- Hypercalcémie

-Elevation de la glycémie et de l'uricémie au cours du traitement, l'emploi de ces diurétiques sera

soigneusement mesuré chez les sujets goutteux ou diabétiques.

SI VOUS REMARQUEZ DES EFFETS INDESIRABLES NON MENTIONNES DANS CETTE NOTICE,

VEUILLEZ EN INFORMER VOTRE MEDECIN OU VOTRE PHARMACIEN.

8. MISES EN GARDE SPECIALES

En cas d'atteinte hépatique, les diurétiques apparentés aux thiazidiques peuvent induire une encéphalopathie hépatique, particulièrement en cas de déséquilibre électrolytique. Dans ce cas, l'administration du diurétique doit être immédiatement interrompue.

Photosensibilité :

Des cas de photosensibilité ont été rapportés avec les diurétiques thiazidiques et apparentés. Si une réaction de photosensibilité apparaît pendant le traitement, il est recommandé d'arrêter le traitement. Si une