

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

- 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 : 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- N° 001679

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02488 Société : Retraite (R.A.M.)
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite
 Nom & Prénom : AARAICH MOHAMMED
 Date de naissance : 1955
 Adresse : 44 AL BOAS RES AL FAJR IMM / N° 99
 Sidi Bernoussi CASA
 Tél. : 0660718087 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur ABDESSAMIR ELADADA
 10 Rue ...
 Tél : 0522 73 96 06 Mobile 0661 07 24 12

Date de consultation : 23 / 01 / 2022
 Nom et prénom du malade : AARAICH MOHAMMED Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Rhume & Dépression
 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 12 / 02 / 2022

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
23/01/23	C	11	160 r	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/1/23	1389,80

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
		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 canaux, 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			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
B																									
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				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. Abdessami BENADADA
Médecine générale
diplôme médecine du sport
diplôme échographie générale



الدكتور عبدالسميع بن اعدادة
الطب العام
دبلوم الطب الرياضي
دبلوم الفحص بالصدى

ORDONNANCE

Casablanca Le

23/01/23

الدار البيضاء، في

Pharmacie Youssef
102 bd Driss al Harati Lot 60
Hay Al Baraka - Casablanca
Tél : 05 22 / 1 07 03

ANNAICH Moh

2 x 170.00

ofik 2

65.00

onp 2

190.09

Pero 2

140.00

2

2 x 180.00

Fluiste 2

2 x 147.40

1389.80

Rozal 2

05 22 73 96 06
Pharmacie Youssef
6, Rue 4, Dessus Hammam Tamer Elkhani S. Bernoussi - Casablanca - Tél.: 05 22 73 96 06
Hay Al Baraka - Casablanca
Tél : 05 22 / 1 07 03

LOT 221958 1
EXP 06 2025
PPV 180.00

LOT 221616 1
EXP 05 2025
PPV 180.00

LOT: 211541
PER: 05-2024
PPV: 140,00DH

Aeromax®
Budesonide

LOT: 036R012A
PER: 06/2023
PPV: 190,00 dh

60,00

LOT 220850 1
EXP 03 24
PPV 170.00 DH

LOT 222679
EXP 08 24
PPV 170.00 DH

Rosuvastatine

10, 20 mg

Comprimé pelliculé Boîte de 28

- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

indésirables.
Veuillez vérifier auprès de votre médecin ou pharmacien.

2. (b) Les A recenser nous du sons conflement du vivra des l'homme

PPV: 147DH40
PER: 06/24
LOT: L2020-2

- douleurs d'estomac,
- constipation,
- sensation de malaise,
- douleurs musculaires,
- sentiment général de faiblesse,
- sensations vertigineuses,
- augmentation des protéines dans les urines à la dose de 40 mg, ceci revient généralement à la normale sans avoir à arrêter le

ROZAT® 10, 20 mg

Rosuvastatine

Comprimé pelliculé Boîte de 28

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Composition du médicament :

Composition qualitative et quantitative en substance active par unité de prise :

Rosuvastatine	10 mg
Rosuvastatine	20 mg

Les autres composants sont :

Cellulose microcristalline (Avicel PH 200), lactose granule, sodium carbonate anhydre, croscopolle, stéarate de magnésium, opadry AMB 80V34464 Pink, eau purifiée.

Liste des excipients à effet notoire : Lactose, Sodium.

Classe pharmacothérapeutique ou type d'activité :

ROZAT® appartient au groupe des médicaments appelés statines.

Indications thérapeutiques :

ROZAT® comprimé pelliculé 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. ROZAT® comprimé pelliculé est utilisé chez les adultes, les adolescents et les enfants âgés de 6 ans et plus pour traiter un taux de cholestérol élevé.

Il vous est recommandé de prendre des statines, car parfois un régime alimentaire adapté et une activité physique ne suffisent pas à corriger votre taux de cholestérol. Vous devez poursuivre le régime hypocholestérolémiant et l'activité physique en même temps que la prise de ROZAT® comprimé pelliculé.

- Vous avez d'autres facteurs qui augmentent votre risque d'avoir une attaque cardiaque, un accident vasculaire cérébral ou des problèmes de santé liés à ces facteurs.

Une attaque cardiaque, un accident vasculaire cérébral ou des problèmes de santé liés à ces facteurs peuvent être causés par une maladie appelée athérosclérose. L'athérosclérose est due à une accumulation de dépôts de graisse dans vos artères.

Pourquoi il est important de continuer de prendre ROZAT® comprimé pelliculé :

- ROZAT® comprimé pelliculé est utilisé pour corriger le taux de substances grasses dans le sang appelé lipides, la plus fréquente cause du cholestérol.

Il y a différents types de cholestérol trouvés dans le sang :

- le « mauvais cholestérol » (LDL-C) et le « bon cholestérol » (HDL-C).
- ROZAT® comprimé pelliculé peut réduire le « mauvais cholestérol » et augmenter le « bon cholestérol ».

Il agit en aidant à bloquer la production de « mauvais cholestérol » par votre organisme. Il améliore également l'aptitude de votre corps à éliminer de votre sang.

Pour la plupart des personnes, un taux de cholestérol élevé n'a pas de conséquence sur la façon dont elles se sentent parce que cela n'entraîne aucun symptôme. Cependant, sans traitement, des dépôts gras peuvent s'accumuler sur la paroi des vaisseaux sanguins et réduire leur diamètre.

Parfois, ce rétrécissement des vaisseaux peut empêcher le passage du sang jusqu'au cœur ou au cerveau conduisant à une attaque cardiaque ou un accident vasculaire cérébral.

En diminuant votre taux de cholestérol, vous pouvez réduire le risque d'avoir une attaque cardiaque, un accident vasculaire cérébral ou des problèmes de santé qui y sont liés.

Il est très important de continuer à prendre ROZAT®

comprimé pelliculé, même si votre taux de cholestérol revient normale, parce qu'il prévient la remontée de votre cholestérol et donc l'accumulation de dépôts de cholestérol.

Cependant, vous devez arrêter votre traitement si votre vous le dit, ou si vous découvrez que vous êtes enceinte.

Posologie Mode et voies d'administration, Fréquence d'administration et Durée du traitement :

Doses usuelles chez les adultes.

Si vous prenez ROZAT® comprimé pelliculé pour un

cholestérol élevé :

Dose initiale :

Votre traitement avec ROZAT® comprimé pelliculé doit être une dose de 5 ou 10 mg, même si vous prenez une dose plus élevée d'une autre statine avant.

Le choix de la dose initiale dépendra de :

- Votre taux de cholestérol.
- Vos risques d'avoir une attaque cardiaque ou un accident vasculaire cérébral.
- Facteurs pouvant vous rendre plus sensible à certains effets indésirables.

Veuillez vérifier auprès de votre médecin ou pharmacien la dose

initiale qui vous est le mieux adaptée.

Une dose initiale de 5 mg par jour est recommandée chez les patients :

- D'origine asiatique : japonais, chinois, philippin, vietnamien, coréen et indien).
- Âgés de plus de 70 ans ;
- Présentant une insuffisance rénale modérée.
- Présentant des facteurs prédisposant à une myopathie (atteinte musculaire).

Augmentation de la dose et dose maximale quotidienne :

Votre médecin peut décider d'augmenter les doses jusqu'à ce que la posologie soit appropriée pour vous. Si vous débutez à 5 mg, votre médecin peut décider de doubler la dose jusqu'à 10 mg puis 20 mg puis 40 mg si nécessaire.

Si vous commencez avec 10 mg, votre médecin peut décider de doubler la dose jusqu'à 20 mg puis 40 mg si nécessaire. Une période de 4 semaines est nécessaire entre chaque adaptation de dose.

La dose maximale quotidienne est de 40 mg. Cette dose concerne les patients ayant un taux de cholestérol élevé et un risque élevé d'avoir une attaque cardiaque ou un accident vasculaire cérébral pour lesquels le taux de cholestérol n'a pas été suffisamment baissé avec 20 mg.

Si vous prenez ROZAT® comprimé pelliculé pour réduire le risque d'avoir une attaque cardiaque, un accident vasculaire cérébral ou des problèmes de santé qui y sont liés :

La dose recommandée est de 20 mg une fois par jour. Cependant votre médecin pourra décider d'utiliser une dose plus faible si vous avez l'un des facteurs mentionnés ci-dessus.

Utilisation chez les enfants et adolescents âgés de 6 à 17 ans.

La dose initiale usuelle est de 5 mg. Votre docteur pourra augmenter votre dose afin de trouver la dose adaptée de ROZAT® comprimé pelliculé. La dose maximale de ROZAT® comprimé pelliculé est 10 mg par jour pour les enfants âgés de 6 à 9 ans et de 20 mg par jour pour les enfants âgés de 10 à 17 ans. Prenez cette dose une fois par jour. La dose de 40 mg de ROZAT® comprimé pelliculé ne doit pas être utilisée chez les enfants.

Mode et voies d'administration :

Avalez chaque comprimé en entier avec de l'eau.

Durée du traitement et Fréquence d'administration :

ROZAT® doit être pris une fois par jour. Vous pouvez prendre le comprimé à tout moment de la journée avec ou sans nourriture.

Il est recommandé de prendre votre comprimé chaque jour à la même heure, car vous éviterez d'oublier de le prendre.

Contrôle régulier de votre cholestérol :

Il est important que vous retourniez voir votre médecin pour des contrôles réguliers de votre cholestérol afin d'être sûr que ce dernier est bien contrôlé.

Votre médecin peut décider d'augmenter la dose de ROZAT® comprimé pelliculé jusqu'à ce qu'elle soit appropriée pour vous.

Contre-indications :

Ne prenez jamais ROZAT® comprimé pelliculé :

- Si vous êtes allergique à la rosuvastatine ou à l'un des autres composants du produit.
- 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 ROZAT® comprimé pelliculé.
- 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 myopathies (douleurs musculaires répétées ou inexpliquées).
- Si vous prenez de la ciclosporine (utilisée par exemple lors de greffes d'organes).

Effets indésirables :

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

Il est important que vous soyez informés des effets indésirables possibles. Ils sont habituellement légers et de courte durée.

Arrêtez de prendre ROZAT® comprimé pelliculé et consultez immédiatement un médecin : si vous avez les réactions allergiques suivantes :

• urticaire, gonflement des lèvres, des yeux, de la gorge, de la face.

PPV : 147DH40
PER : 06/24
LOT : L2020-2

- maux de tête,
- douleurs d'estomac,
- constipation,
- sensation de malaise,
- douleurs musculaires,
- sentiment général de faiblesse,
- sensations vertigineuses,
- augmentation des protéines dans les urines à la dose de 40 mg, ceci revient généralement à la normale sans avoir à arrêter le