

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 canalaire, 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 canalaire.

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



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

Déclaration de Maladie

N° P19-0036393

MLD

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

15367

Matricule : 2842 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre Rehoite

Nom & Prénom : EL KAMBI Ned J AOUAD

Date de naissance : 16-02-1954

Adresse : 147, La siesta, Nohadon

Tél. : 0665880768 Total des frais engagés : 16135,70 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

J

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du pharmacien ou du fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/12/19	4135, 70 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

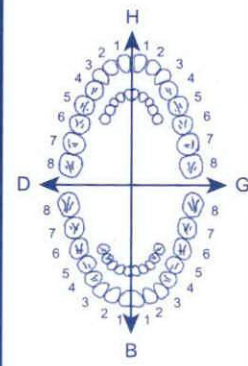
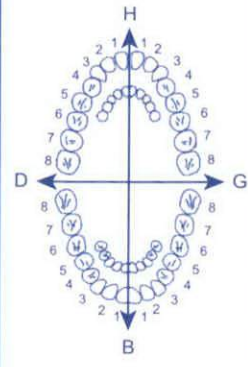
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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

☒ **valable 3 mois**

09.11.19
Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

M. KUCHE M.

Certifie que Mlle, Mme, M. :

En CANCER Mohamed Traoui

Présente

Diabète - HVB

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Tr sur long cours

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

09.11.2019

Dr. MOHAMMED MOHAMMED
En Diabète Spécialiste
En Diabète En Endocrinologie
Diplômé de l'Université Mohammed VI
Casablanca 0522 22 78 14

Acuilix

QUINAPRIL + HYDROCHLOROTHIAZIDE

P.P.V. 130DH60
Mfg: 12/2018
EXP: 11/2020
LOT: AL3376

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

Elle contient des informations importantes sur votre traitement et votre maladie.

Si vous avez d'autres questions, 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.
Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

1. IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT

a) DÉNOMINATION

ACUILIX 20 mg/12,5 mg, comprimé pelliculé sécable

b) COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Chlorhydrate de quinapril, quantité correspondant à quinapril base

Hydrochlorothiazide

Excipients : lactose, carbonate de magnésium lourd, polyvidone K25, stéarate de magnésium, crospovidone, mélange filmogène

*Mélange filmogène rose : oxydes de fer rouge et jaune, dioxyde de titane, hypromellose, hydroxypropylcellulose, polyéthylène

c) FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé pelliculé sécable

d) CLASSE PHARMACO-THÉRAPEUTIQUE

INHIBITEUR DE L'ENZYME DE CONVERSION DE L'ANGIOTENSINE ASSOCIÉ À UN DIURÉTIQUE DU SEGMENT CORT

e) NOM ET ADRESSE DE L'EXPLOITANT

PFIZER

Laboratoires Pfizer S.A.

0,5 km Route de Oualidia - El Jadida

f) NOM ET ADRESSE DU FABRICANT

GÖDECKE GmbH/PFIZER

79090 FREIBURG - Allemagne

2. DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT

Ce médicament est l'association d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine et d'un diurétique.

Ce médicament est indiqué dans le traitement de l'hypertension artérielle.

3. ATTENTION !

a) DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants :

- allergie au quinapril ou à l'un des autres constituants de ce médicament,
- antécédent d'œdème de Quincke lié à la prise d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion (gonflement important de la face),
- allergie à un médicament de la classe des sulfamides,
- insuffisance rénale sévère,
- encéphalopathie hépatique (trouble neurologique au cours d'atteintes sévères du foie),
- en cas de grossesse de plus de 3 mois,
- au cours de l'allaitement.

Ce médicament EST GÉNÉRALEMENT DÉCONSEILLÉ dans les cas suivants :

- si vous prenez du lithium (médicament du système nerveux), certains médicaments donnant des troubles graves du rythme, sels de potassium ou de l'estrémustine (voir Interactions médicamenteuses et autres interactions),
- en cas de rétrécissement des artères rénales ou de rein unique,
- en cas d'hyperkaliémie (taux élevé de potassium dans le sang),
- pendant le 1^{er} trimestre de la grossesse.

b) MISES EN GARDE SPÉCIALES

Avant de prendre ce médicament, il convient de prévenir votre médecin notamment si vous souffrez :

- de collagénose (notamment de lupus érythémateux, d'arthrite rhumatoïde ou de sclérodermie), et/ou d'insuffisance rénale (même classe que quinapril administrés à doses élevées chez des patients présentant une insuffisance rénale associée à ces maladies ou leucopéniant (qui favorise la diminution des globules blancs) ayant exceptionnellement entraîné une neutropénie ou agranulocytose),
- risque de réactions allergiques et d'œdème de la face, des extrémités, des lèvres, de la langue ou de la glotte. Dans de tels cas, le traitement doit être immédiatement arrêté et votre médecin doit être immédiatement prévenu.
- en raison de la présence de lactose, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas de galactosémie de syndrome de déficit en lactase (maladies métaboliques rares).
- prévenez également votre médecin si vous êtes sous traitement par des médicaments à base de quinapril.

c) PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

Une toux sèche peut se produire, il est

Prévenez également votre médecin en cas

- hypertension artérielle liée à une atteinte rénale,
- insuffisance cardiaque,
- diabète insulino-dépendant,
- anémie.

Laboratoires Pfizer S.A. Maroc
P.P.V: 130DH60



Laboratoires Pfizer S.A. Maroc
P.P.V: 130DH60



Laboratoires Pfizer S.A. Maroc
P.P.V: 130DH60



Laboratoires Pfizer S.A. Maroc
P.P.V: 130DH60



Laboratoires Pfizer S.A. Maroc
P.P.V: 130DH60



P.P.V. 130DH60
Mfg: 05/2019
EXP: 04/2021
LOT: J17196

P.P.V. 130DH60
Mfg: 12/2018
EXP: 11/2020
LOT: AL3376

LOT 190633
EXP 03/2024
PPV 45.20DH

LOT 190637
EXP 03/2024
PPV 45.20 DM

[illegible]

45,20

45,20

LOT 190107
EXP 01/2024
PPV 23.90DH

45,20

45.20

عن تناول
من
الذخايط
أو
الحلوة أو
مما في

بابية

[illegible]
$$\frac{6}{2} = 3$$

نعماء

Pharmacie SOUSS - Mohammedia

Meriem SEFRAOUI

0523325912

154 RUE SOUSS , MOHAMMEDIA



Facture N° FAC-516

Date : 09/12/2019

El Kanabi Mohammed Jaouad

Maroc

Produit	Qté.	P.U	Total
GLUCOR CO 50MG B30 COMP	14	49,70	695,80
INSULINE INSULATARD HM PENFILL IN 100UI 3ML INJECTABLE	6	350,00	2 100,00
ACUILIX CO 20/12.5MG B28 COMP	8	130,60	1 044,80
GLUCOPHAGE CO 850MG B30 COMP PM	1	23,90	23,90
GLUCOPHAGE CO 850MG B60 COMP GM	6	45,20	271,20

Total Organisme	0 DHS
Total Client	4 135,70 DHS
Total	4 135,70 DHS

**Arrêté la présente facture à la somme de : quatre mille cent trente-cinq
DHS et soixante-dix centimes**

PHARMACIE SOUSS
MERIEM SEFRAOUI
154 RUE SOUSS MOHAMMEDIA
TEL : 05 23 32 59 12