

# 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.

## Educations :

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 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

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**  
N° P19-0036463

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01008 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Bagass Lahcen

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 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) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-036463

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- |   |   |
|---|---|
| C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien  | SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence |
| CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre) | SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme                  |
| CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre   | AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute         |
| V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin   | AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière               |
| VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin  | AP = Actes pratiqués par un orthophoniste                           |
| VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade  | AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste                     |
| VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié                                       | R-Z = Electro-Radiologie  |
| PC = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie  | B = Analyses  |
| K = Actes de chirurgie et de spécialistes   |   |

## POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- |  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| - L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE  | - LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES |
| - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL   | - L'ORTHOPEDIE                    |
| - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM  | - LA REEDUCATION                  |
| - SEJOUR EN MAISON DE REPOS  | - LES ACCOUCHEMENTS               |
| - LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs échelons dans le temps. | - LES CURES THERMALES             |
|  | - LA CIRCONCISION                 |
|  | - LE TRANSPORT EN AMBULANCE       |

## EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



# MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT ROYAL ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 28 57 / 28 8  
FAX / 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

## FEUILLE DE SOINS

N° 853542

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : Bagass Lahcen  
Matricule : 1008 Fonction : Rebrite Poste :  
Adresse : Atadmaou Chercon Rue 1.100082 n°1 El Duffa Casa  
Tél. : 06.66.89.66.46 Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : BAGASS LAHCEN Age 01 01 13 5  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin :  
Nature de la maladie : Affection  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances :  
A CASABLANCA le 05 08 2019 Signature : [Signature]  
Durée d'utilisation 3 mois

02 SEP 2019  
Specialiste O.R.L.  
119, Bd. Bir Anzarane - Maarif  
Tél: 022.23.04.84

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
05.08 2019	CE		200	Dr. BELOUZI F. MOUZI Spécialiste O.R.L. 119, Bd. Bir Anzarane - Maârif Tél: 022.23.84.84

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/08/19	4000

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologie	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	

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer 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																		
				MONTANT DES SOINS																		
				DEBUT D'EXECUTION																		
				FIN D'EXECUTION																		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td></td> <td>G 00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td>B</td> </tr> </table>			H		H	25533412		21433552	D 00000000		G 00000000	00000000		00000000	35533411		11433553	B		B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H		H																				
25533412		21433552																				
D 00000000		G 00000000																				
00000000		00000000																				
35533411		11433553																				
B		B																				
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT 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



مركز بئر أنزران لأمراض الأذن والأنف والحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك وتقويم الدوار والصمك والشخير

**Centre Bir Anzarane d'O.R.L. et de Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale**  
**Exploration des Vertiges et de la Surdité**

**Dr. Faouzi BELQADI**

- CES D'ORL
- UNIVERSITE PARIS VII
- NEZ - GORGE - OREILLE
- Chirurgie Cervico - Maxillo - Faciale
- Vertige - Ronflement
- Médecin Fédéral de la FFESSM



**الدكتور فوزي بلقاضي**

إختصاصي في أمراض الأذن الأنف  
والحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك  
وتقويم الدوار والصمك والشخير  
طبيب الجامعة الفرنسية للغطس  
والرياضات المائية

CASABLANCA LE

05/08/2019

Monsieur BAGASS Lahcen

4000

ISOLONE 20 mg

3 comprimés le matin pendant 6 jours

صيدلية سيف الدين  
Pharmacie El Seif el Din  
119, Bd Bir Anzarane - Maârif  
Tél : 05 22 23 84 84 / 05 22 98 14 67  
el 022 37 27 53 - Casa

**Dr. BELQADI Faouzi**  
**Spécialiste O.R.L.**  
119, Bd Bir Anzarane - Maârif  
Tél : 05 22 23 84 84  
05 22 98 14 67

# ISOLONE®

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament.  
Si vous avez des questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.  
Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de vous y référer à nouveau.  
Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

## DENOMINATION :

ISOLONE® 5 mg, comprimé effervescent.

ISOLONE® 20 mg, comprimé effervescent.

## COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE :

ISOLONE® 5 mg :

Prednisolone (sous forme de métasulfobenzoate sodique) exprimé en base : 5 mg

Excipients ..... q.s.p. un comprimé effervescent.

ISOLONE® 20 mg :

Prednisolone (sous forme de métasulfobenzoate sodique) exprimé en base : 20 mg

Excipients ..... q.s.p. un comprimé effervescent.

## FORME PHARMACEUTIQUE ET PRESENTATION :

ISOLONE® 5 mg, comprimé effervescent, flacon de 30.

ISOLONE® 20 mg, comprimé effervescent, flacon de 20.

## CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE :

Ce médicament est un corticoïde.

## DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT?

Il est indiqué dans certaines maladies où il est utilisé pour son effet anti-inflammatoire.

## ATTENTION !

### a) DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT?

- la plupart des infections,
- certaines maladies virales en évolution (hépatites virales, herpès, varicelle, zona),
- certains troubles mentaux non traités,
- vaccination par des vaccins vivants.

Ce médicament NE DOIT GÉNÉRALEMENT PAS ÊTRE UTILISÉ, sauf avis contraire de votre médecin, en association avec des médicaments pouvant donner certains troubles du rythme cardiaque.  
**EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

### b) MISES EN GARDE SPÉCIALES :

Ce médicament doit être pris sous stricte surveillance médicale.

#### Avant le traitement :

Prévenir votre médecin en cas de vaccination récente, en cas d'ulcère digestif, de maladie du colon, d'intervention chirurgicale récente au niveau de l'intestin, de diabète, d'hypertension artérielle, d'infection (notamment antécédents de tuberculose), d'insuffisance hépatique, d'insuffisance rénale, d'ostéoporose et de myasthénie grave (maladie des muscles avec fatigue musculaire).  
Prévenir votre médecin en cas de séjour dans les régions tropicale, subtropicale ou le sud de l'europe, en raison du risque de maladie parasitaire.

#### Pendant le traitement :

Éviter le contact avec les sujets atteints de varicelle ou de rougeole.

En cas de traitement prolongé, ne jamais arrêter brutalement le traitement mais suivre les recommandations de votre médecin pour la diminution des doses.

Sous traitement et au cours de l'année suivant l'arrêt du traitement, prévenir le médecin de la prise de corticoïde, en cas d'intervention chirurgicale ou de situation de stress (fièvre, maladie).

### c) PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Pendant le traitement, le médecin pourra vous conseiller de suivre un régime, en particulier pauvre en sel. Tenir compte de la teneur en sodium (voisin respectivement de 31,20 mg/comprimé dosé à 5 mg et 54,46 mg/comprimé dosé à 20 mg).

**EN CAS DE DOUTE, NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

## d) INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS :

**AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTÉMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS À VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN** et notamment des médicaments contenant du sultopride, principe actif pouvant donner certains troubles du rythme cardiaque, même s'il s'agit d'un médicament obtenu sans ordonnance.

## e) GROSSESSE - ALLAITEMENT :

### Grossesse :

Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse qu'en cas de nécessité.

Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité de poursuivre ce traitement.

### Allaitement :

L'allaitement est à éviter pendant le traitement en raison du passage dans le lait maternel.

LOT 182406  
EXP 11 2020  
PPV 40.00 DH