

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **phacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **ologie 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.

## **que :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **ducation :**

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.

## **taire :**

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.

## **adie 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**

Nº P19- 0038721

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### **Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Matricule : 02383 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : TJAHED Mohammed

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 ADHÉRENT**

Déclaration de maladie Nº P19-038721

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 :

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

## 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 au de présenter ses observations.

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

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PRÉALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU VENTORIUM

SOIR EN MAISON DE REPOS

ACTES EFFECTUÉS EN SÉRIE, il s'agit de répétés en plusieurs séances ou actes seuls comportant un ou plusieurs échelons dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

- L'ORTHOPÉDIE

- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS

- 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 venir 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



# M U P R A S

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

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2857 / 2883  
FAX / 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

## FEUILLE DE SOINS

N° 834641

### A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT

Nom & Prénom : HIAHED Mohamed  
 Matricule : 2383 Fonction : retiré Poste :   
 Adresse : Ville Asfendia Asfi  
 Tél. : 648119934 Signature Adhérent :

### A REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Mohamed Age : 30  
 Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant   
 Date de la première visite du médecin : 12/09/2015  
 Nature de la maladie : HIA  
 S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances :  
 A 12/09/2015, le 12/09/2015 Durée d'utilisation 3 mois  
 Signature et cachet du médecin : Dr. TAJAOUI ABDELLAH  
2 Bd Mohammed V Casablanca

## RELEVE 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
12.09.19	E	1	300	
	+ G			

Dr. TAHAR AL KAYATI  
28d, Monastir 23331 23331  
CST13217

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL KAYATI Res. ATLANTIC MEDICAL CENTER	12/09/19	103 1,10

## 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	

## 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 canalai ainsi que le bilan de l'ODF.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

**Dr Abderrahim TAJAOUI**  
**CARDIOLOGUE**

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris  
Spécialiste des Maladies du cœur et Vaisseaux

Exploration Cardio-Vasculaire  
ECG-HOLTER TENSIONNEL  
HOLTER RYTHMIQUE-ECHO-DOPPLER  
CARDIAQUE - EPREUVE D'EFFORT

**الدكتور عبد الرحيم تجوي**

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين



خريج كلية الطب بباريس

الفحص الألبي للقلب و الشرايين

استكشاف الضغط و ايقاع النبضات

الفحص بالصدى للقلب

12.9.19

Mohammedia, le : ..... المحمدية، في :

Dr TAJAOUI Mohammed

196,00 x 8

Dr TAJAOUI Mohammed

PHARMACIE AL KAWTAR  
Ref. ATLANTIC 0523312323  
Tél. 0523312323

Dr TAJAOUI Mohammed

PHARMACIE AL KAWTAR  
Ref. ATLANTIC 0523312323  
Tél. 0523312323

Dr. TAJAOUI ABDEERRAHIM  
CARDIOLOGUE  
2 Bd. Mohammed V Mohammedia  
05 23 31 23 23  
001132776

= 1031,10

**Sur rendez-vous**

**بالموعد**











**DIPREZAR®**  
Losartan 50 mg +  
Hydrochlorothiazide 12,5 mg  
30 comprimés pelliculés



6 118000 04158

F.P.Y 1263H0  
PER 02/22  
LOT 1425

**LZAR®**  
Hydrochlorothiazide 12,5 mg

### Comprimé pelliculé. Boîte de 30

cette notice avant d'utiliser ce médicament.

Informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

Si, au cours de l'effacement, vous ressentez des symptômes identiques, cela pourrait lui

évoquer une autre maladie non mentionnée dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre

- Douleurs musculaires ou crampes, douleur dans la jambe, douleur dorsale
- Insomnie, maux de tête, étourdissements,
- Faiblesse, fatigue, douleurs thoraciques,
- Augmentation des taux de potassium [peut entraîner un rythme cardiaque lent],
- Modification de la fonction rénale incluant insuffisance rénale,
- Trop peu de sucre dans le sang (hypoglycémie).

#### Peu fréquents

- Anémie, boutons rouges ou marrons sur la peau [parfois particulièrement aux articulations, gonflement des mains et des pieds, et douleurs à l'estomac], nombre de plaquettes,

- Perte d'appétit, augmentation du taux d'acide urique et crise de goutte, le songe,

- Anxiété, nervosité, troubles paniques [attaques de panique récurrentes], carence de la mémoire,

- Picotements ou sensations similaires, douleurs dans les extrémités, tremblements,

- Vision trouble, sensation de brûlure ou de picotement dans les yeux, cancrelats,

- Tintements, bourdonnements, grondement ou cliqueting dans les oreilles,

- Pression sanguine basse qui peut être associée à des changements posturaux [douleur thoracique], battements du cœur anormaux, accident vasculaire cérébral, palpitations,

- Inflammation des vaisseaux sanguins qui est souvent associée à une éruption cutanée, rougeur, gonflement des yeux et de la tête,

- Mal de gorge, essoufflement, bronchite, pneumonie, écoulement dans les poumons, congestion,

- Constipation, constipation opistiatre, flatulence, troubles gastriques, spasmodes des glandes salivaires, mal de ventre,

- Journaux [gonflement des yeux et de la tête], inflammation du pancréas,

- Urticaire, démangeaisons, inflammation de la peau, éruption cutanée, rougeur, transpiration, perte de cheveux,

- Douleur dans les bras, les épaules, les hanches, les genoux ou autres articulations,

- Mictions fréquentes y compris la nuit, anomalies de la fonction rénale, les urines,

- Diminution de l'appétit sexuel, impuissance,

- Gonflement du visage, gonflement localisé [œdème], fièvre.

#### Rare

- Hépatite [inflammation du foie], anomalies des tests de la fonction hépatique,

#### Fréquence indéterminée

- Symptômes pseudo-grippaux,

- Douleur musculaire inexplicable avec des urines noires (couleur du thé),

- Toux de bas de sonde dans le sang (hypertonie),

- Sensation de mal-être général [malaise].

#### Mises en garde spéciales et Précautions particulières

Adressez-vous à votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre ce médicament.

Veuillez informer votre médecin si vous pensez être [ou susceptible de] devenu

malade ou si vous prenez d'autres médicaments. Veuillez informer votre médecin si vous prenez d'autre

medicament ou si vous prenez d'autre

&lt;

**DIPREZAR®**  
Losartan 50 mg +  
Hydrochlorothiazide 12,5 mg  
30 comprimés pelliculés



6 118000 04158

F.P.Y 1263H0  
PER 02/22  
LOT 1425

**LZAR®**  
Hydrochlorothiazide 12,5 mg

### Comprimé pelliculé. Boîte de 30

cette notice avant d'utiliser ce médicament.

Informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

Si, au cours de l'effacement, vous ressentez des symptômes identiques, cela pourrait lui

évoquer une autre maladie non mentionnée dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre

- Douleurs musculaires ou crampes, douleur dans la jambe, douleur dorsale
- Insomnie, maux de tête, étourdissements,
- Faiblesse, fatigue, douleurs thoraciques,
- Augmentation des taux de potassium [peut entraîner un rythme cardiaque lent]
- Modification de la fonction rénale incluant insuffisance rénale,
- Trop peu de sucre dans le sang (hypoglycémie).

#### Peu fréquents

- Anémie, boutons rouges ou marrons sur la peau [parfois particulièrement aux articulations, gonflement des mains et des pieds, et douleurs à l'estomac], nombre de plaquettes,

- Perte d'appétit, augmentation du taux d'acide urique et crise de goutte, le songe,

- Anxiété, nervosité, troubles paniques [attaques de panique récurrentes], carence de la mémoire,

- Picotements ou sensations similaires, douleurs dans les extrémités, tremblements,

- Vision trouble, sensation de brûlure ou de picotement dans les yeux, cancrelats,

- Tintements, bourdonnements, grondement ou cliqueting dans les oreilles,

- Pression sanguine basse qui peut être associée à des changements posturaux [douleur thoracique], battements du cœur anormaux, accident vasculaire cérébral, palpitations,

- Inflammation des vaisseaux sanguins qui est souvent associée à une éruption cutanée,

- Mal de gorge, essoufflement, bronchite, pneumonie, écoulement dans les poumons, congestion,

- Constipation, constipation opistiatre, flatulence, troubles gastriques, spasmodes des glandes salivaires, mal de dents,

- Journaux [jaunissement des yeux et de la peau], inflammation du pancréas,

- Urticaire, démangeaisons, inflammation de la peau, éruption cutanée, rougeur, transpiration, perte de cheveux,

- Douleur dans les bras, les épaules, les hanches, les genoux ou autres articulations,

- Mictions fréquentes y compris la nuit, anomalies de la fonction rénale, les urines,

- Diminution de l'appétit sexuel, impuissance,

- Gonflement du visage, gonflement localisé [œdème], fièvre.

#### Rare

- Hépatite [inflammation du foie], anomalies des tests de la fonction hépatique,

#### Fréquence indéterminée

- Symptômes pseudo-grippaux,

- Douleur musculaire inexplicable avec des urines noires (couleur du thé),

- Toux de sel dans le sang [hypertonie],

- Sensation de mal-être général [malaise].

#### Mises en garde spéciales et Précautions particulières

Adressez-vous à votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre ce médicament.

Veuillez informer votre médecin si vous pensez être [ou susceptible de] devenu

malade ou si vous prenez d'autres médicaments. Veuillez informer votre médecin si vous prenez d'autre

medicament ou si vous prenez d'autre

</div



UT. AV :

avia®

Pfizer

P.P.V

23 10

23,10

nprimés.

Pr.  
Excipients  
un comprimé  
LYSANXIA

Pour 1 ml =  
Excipients: p  
patenté V.

**CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE (TYPE D'ACTIVITE) :**

Benzodiazépine (anxiolytique)  
(N: système nerveux central)

**DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT (INDICATIONS THERAPEUTIQUES) :**

Ce médicament est préconisé dans le traitement de l'anxiété lorsque celle-ci s'accompagne de troubles gênants.

**ATTENTION !**

**DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT (CONTRE-INDICATIONS) :**

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants:

- insuffisance respiratoire **grave**,
- insuffisance hépatique **grave**,
- syndrome d'apnée du sommeil (pauses respiratoires durant le sommeil),
- allergie connue à cette classe de produits.

Il ne doit pas être utilisé, sauf avis contraire du médecin, en cas de myasthénie ou d'allaitement.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

**MISES EN GARDE SPECIALES :**

Ne JAMAIS arrêter BRUTALEMENT ce traitement, en raison du risque d'apparition d'un phénomène de SEVRAGE. Celui-ci se caractérise par l'apparition, en quelques heures ou en quelques jours, de symptômes tels que anxiété importante, insomnie, douleurs musculaires mais on peut observer également de l'agitation, une irritabilité, des migraines, sensibilité anormale au bruit ou à la lumière, etc...

La diminution très PROGRESSIVE des doses et l'espacement des prises représentent la meilleure prévention de ce phénomène de sevrage. Cette période sera d'autant plus longue que le traitement aura été prolongé.

Malgré la décroissance progressive des doses, un phénomène de REBOND sans gravité peut se produire. La réapparition TRANSITOIRE des symptômes (anxiété, insomnie) qui avaient justifié la mise en route du traitement. Ce médicament peut être à l'origine des troubles de la mémoire. Ceux-ci surviennent le plus souvent dans les heures qui suivent la prise du produit.

Chez certains sujets, en particulier l'enfant et la personne âgée, ce médicament peut entraîner des effets contraires aux effets recherchés:

- aggravation de l'insomnie, cauchemars,
- nervosité, irritabilité, agitation, agressivité, accès de colère,
- idées délirantes, hallucinations, troubles du comportement.

Dans ce cas, vous devez interrompre le traitement et consulter votre médecin.

**LYSANXIA® gouttes :**

Cette spécialité contient des dérivés terpéniques dans la formule qui peuvent entraîner, à doses excessives, des accidents neurologiques à type de convulsions chez le nourrisson et chez l'enfant.

**LYSANXIA® comprimé :**

En raison de la présence de lactose, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas de galactosémie, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en lactase (maladies métaboliques rares). Respectez les posologies et la durée de traitement préconisées (rubrique posologie).

**PRECAUTIONS D'EMPLOI :**

La prise de ce médicament nécessite un suivi médical renforcé, notamment en cas d'insuffisance rénale, de maladie chronique du foie, d'alcoolisme et d'insuffisance respiratoire.

Un contrôle régulier par votre médecin est nécessaire, notamment du fait du risque de survenue d'idées suicidaires.

La prise d'alcool est formellement déconseillée pendant la durée du traitement.

En cas d'épilepsie ancienne ou récente, DEMANDER CONSEIL A VOTRE MEDECIN.

, stéarate de magnésium, silice colloïdale, q.s.p.

Lysanx 0 mg

40 comprimés



6 118000 250289

**ECG**

## CABINET DE CARDIOLOGIE- MOHAMMEDIA

- Tél :0523312323

NOM:MJAHED MOHAMED

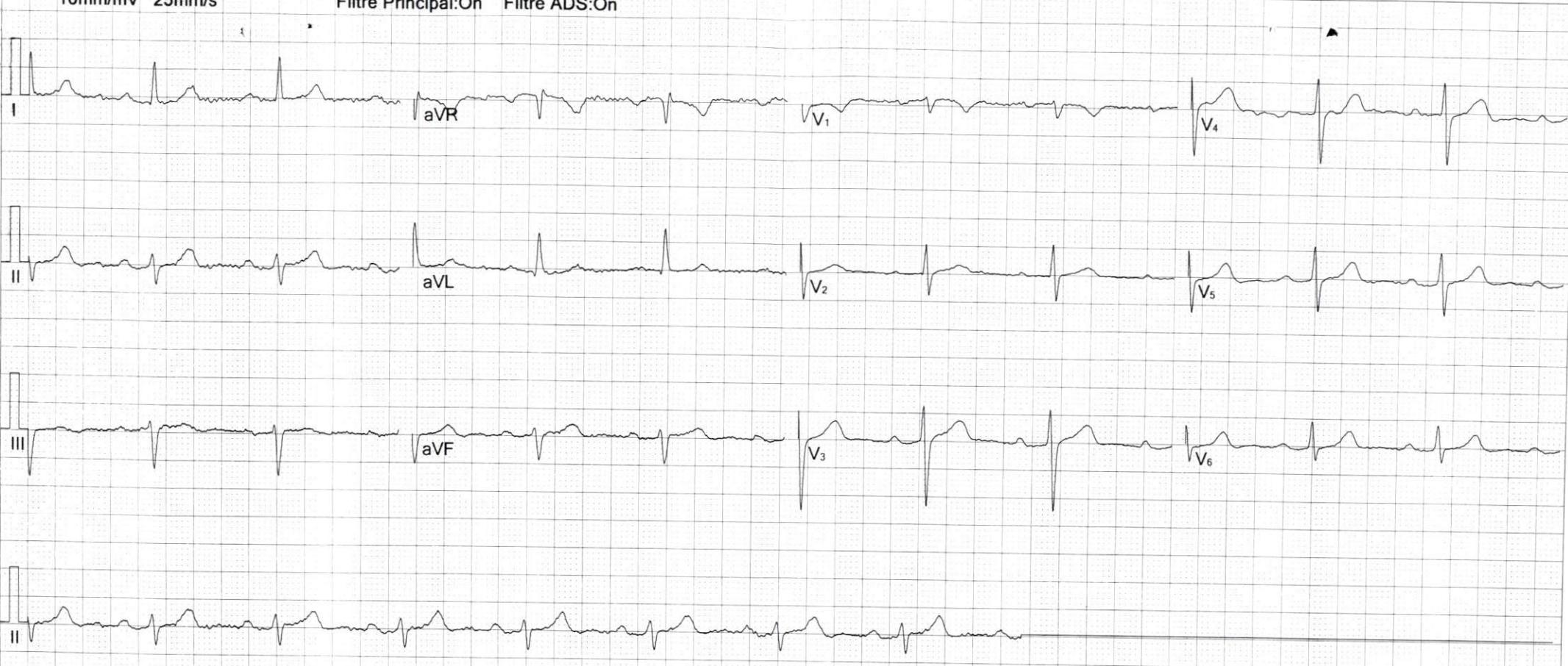
ID : Genre :Homme Age :68 DOB :01-01-1951

Médecin Référent:Dr. ABDERRAHIM TAJAOUI

Date of Test :12-09-2019 11:45

10mm/mV 25mm/s

Filtre Principal:On Filtre ADS:On



Fréquence :	1000 Hz	Intervalle QT :	394 ms
Durée Echantillon :	7 s	Intervalle QTc :	413 ms
FC :	66 bpm	Axe P :	35.9°
Durée P :	157 ms	Axe QRS :	-33.8°
Durée QRS :	90 ms	Axe T :	46.8°
Durée T :	274 ms	RV5/SV1:	0.55/0.24mV
PQ Interval :	234 ms	RV5+SV1:	0.78mV

Suggestion :

*Dr.TAJAOUI ABDERRAHIM  
2 Bd. Mohammed 5 Mohammedia  
0523312323  
091132779*

Signature Médecin: