

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



## Déclaration de Maladie

N° P19-0035493

### 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.

### Éducation :

- 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 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

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

- Maladie     Dentaire     Optique     Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1040 Société :  
 Actif     Pensionné(e)     Autre :  
Nom & Prénom : BENBKIR AHMED  
Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. 06 68 29 84 47 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le :  
ACCUEIL

# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

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

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- S = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- NPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- N = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- D = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- O = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- C = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

## POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôleur 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

- HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- HOSPITALISATION EN HOPITAL
- HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU EVENTORIUM
- JOUR EN MAISON DE REPOS
- ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes comportant un ou plusieurs échelonnées dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

## EN CAS D'URGENCE

En cas d'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



# MUPRAS

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

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883  
FAX / 05 22 91 26 52  
TELEX / 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

## FEUILLE DE SOINS MU 021569

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : BENBKIR A  
Matricule : 1040 Fonction : Retraite Poste :  
Adresse : Habituelle  
Tél. : 0668298447 Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : BenBKIR Khadija Age                           
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant   
Date de la première visite du médecin : 23.09.19  
Nature de la maladie : [Signature]  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances DR. MABROUK RKIA  
Médecine Générale  
105 Bd. Zoulikha - Casablanca  
Rocne 05 22 40 54 98  
A Casablanca, le 23, 09, 19 Signature et cachet du médecin  
Durée d'utilisation 3 mois

### VOLET ADHERENT

DECLARATION MU 021569

Matricule N° : 1040  
Nom du patient : KHADIJA  
Date de dépôt : 30-09-19  
Montant engagé : 150, + 163,-  
Nombre de pièces jointes :     



## 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
23.09.19	C		150,000	 <b>DR. MABROUK RKIA</b> Médecine Générale 408 Bd. Zoubeir Brou Al Aoudam 1 <sup>er</sup> étage Roches-Noires - Casablanca 05 Tél 0522 40.54.98

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/09/19	163,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

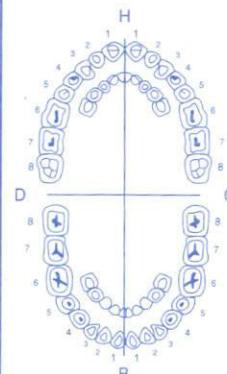
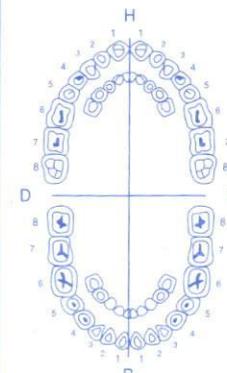
## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>									
				MONTANT DES SOINS <input type="text"/>									
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>									
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>									
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
	<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	21433552											
	00000000	00000000											
	00000000	00000000											
	35533411	11433553											
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANT 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'

Dr. MABROUK RKIA

Médecine Générale

108, Bd Zoubeir Bnou Al Aouam  
1<sup>er</sup> étage - Roche Noire  
Casablanca 05  
Tél. : 05 22 40 54 98

الدكتورة مبروك رقية

الطب العام

108 شارع الزبير بن العوام  
الطابق الأول - روش نوار  
الدار البيضاء - 05  
الهاتف : 05 22 40 54 98

Casablanca, Le

23 SEPT 2019

M. BENBKIR  
Urologie

Relodum 300 2 U

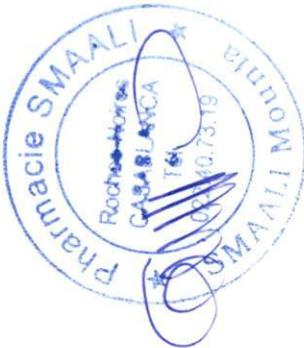
1 fl 10 ren

76,00  
Ephedrine 100

1 U de ren or E. S. V



163,00



Dr. MABROUK RKIA

Médecine Générale  
108, Bd Zoubeir Bnou Al Aouam  
Roche Noire - Casablanca 05  
Tél. : 05 22 40 54 98

# EFITAC<sup>®</sup> 150 mg, 300 mg

## Comprimés effervescents

### Composition :

EFITAC 150 mg : Ranitidine (DCI) .....150 mg

EFITAC 300 mg : Ranitidine (DCI) .....300 mg

Excipients : .....q.s.p

**Excipients à effets notoires :** Lactose & Sodium.

### Présentations :

EFITAC<sup>®</sup> 150mg : boîtes de 10 et 20 comprimés effervescents.

EFITAC<sup>®</sup> 300mg : boîte de 10 comprimés effervescents.

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre 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.

### Classe pharmacothérapeutique :

ANTAGONISTE DES RÉCEPTEURS H<sub>2</sub>. (A : appa

51 01 610 06 Z

### INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

#### EFITAC 150mg :

Les indications thérapeutiques de la spécialité

- Ulcère gastrique ou duodénal évolutif
- Œsophagite par reflux gastro-œsophagien
- Syndrome de Zollinger-Ellison
- Traitement d'entretien de l'ulcère duodénal

#### EFITAC 300mg :

Les indications thérapeutiques de la spécialité

- En association à une bithérapie antibiotique (après preuve endoscopique de lésion et de guérison)
- Ulcère gastrique ou duodénal évolutif
- Œsophagite par reflux gastro-œsophagien
- Syndrome de Zollinger-Ellison

### Contre-indications :

- Allergie à la ranitidine,
- Allergie à l'un des composants.

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

### Précautions d'emploi ; mises en garde spéciales :

L'utilisation de ce médicament est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au galactose, un déficit en lactase de Lapp ou un syndrome de malabsorption du glucose ou du galactose (maladies héréditaires rares).

### Mises en garde :

Prévenez votre médecin en cas d'antécédent de porphyrie.

L'administration de ce médicament peut favoriser le développement bactérien dans l'estomac par diminution de l'acidité gastrique.

### Précautions d'emploi :

Utilisez ce médicament AVEC PRECAUTION en cas d'insuffisance rénale ou hépatique sévère, en particulier chez le sujet âgé.

En cas de régime désodé ou hyposodé, tenir compte de la teneur en sodium.

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

### Interactions avec d'autres médicaments :

Les antiacides peuvent diminuer l'effet de la ranitidine, il convient d'espacer les prises de 2 heures entre les deux médicaments.

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

### Grossesse et allaitement :

Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse que sur les conseils de votre médecin.

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

Par mesure de précaution, il convient d'éviter ce médicament au cours de l'allaitement.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

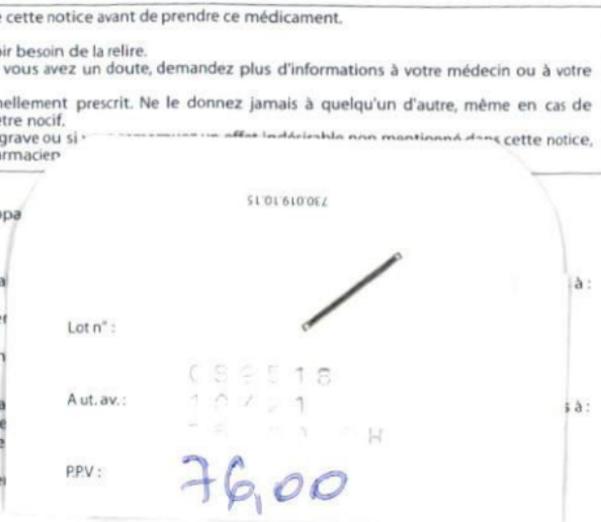
### Posologie :

#### Maladie ulcéreuse gastro-duodénale:

soit, en présence de *Helicobacter pylori*, 1 comprimé effervescent à 300 mg matin et soir associé à deux antibiotiques, pendant 14

jours, suivis par 1 comprimé effervescent à 300 mg par jour pendant 2 à 4 semaines supplémentaires ;

soit 1 comprimé effervescent à 300 mg par jour pendant 4 à 6 semaines.





Gélule  
Voie orale

# Relaxium<sup>®</sup>

## B6

Deva  
Pharmaceutiques

### COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

#### **Relaxium B6 150**

Oxyde de magnésium marin.....260 mg  
équivalent en magnésium .....150 mg  
Vitamine B6.....1 mg  
Excipients : stéarate de magnésium, maltodextrine, dioxyde de silicium.

#### **Relaxium B6 300**

Oxyde de magnésium marin.....520 mg  
équivalent en Magnésium..... 300 mg  
Vitamine B6..... 2 mg  
Excipients : stéarate de magnésium, maltodextrine, dioxyde

87,00

### FORME ET PRESENTATIONS

Relaxium B6 150 : Gélule. Boite de 20 et 60  
Relaxium B6 300 : Gélule. Boite de 15 et 30



### PROPRIETES

Relaxium B6 contient du magnésium et de la vitamine B6.  
Le magnésium intervient dans le fonctionnement neuromusculaire. Son déficit peut causer nervosité, irritabilité, fatigabilité, crampes musculaires ainsi que les difficultés d'endormissement et de concentration, notamment en cas de surmenage.  
La vitamine B6 complète l'activité relaxante et équilibrante du magnésium.

### VOIE D'ADMINISTRATION ET UTILISATIONS

Voie orale

#### **Relaxium B6 150**

Prendre 2 gélules par jour à avaler avec un grand verre d'eau, en complément d'une alimentation variée et équilibrée.

#### **Relaxium B6 300**

Prendre 1 gélule par jour à avaler avec un grand verre d'eau, en complément d'une alimentation variée et équilibrée.

### GROSSESSE ET ALLAITEMENT

D'une façon générale, il convient au cours de la grossesse et de l'allaitement de toujours demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien avant d'utiliser un produit.

### PRECAUTIONS D'EMPLOI

Afin d'éviter d'éventuelles interactions nocives entre plusieurs substances, signaler à votre médecin ou à votre pharmacien tout traitement en cours.

Ne pas dépasser la dose recommandée.  
Garder hors de portée des enfants.  
A conserver dans un endroit sec et frais.

Relaxium B6 150 / Autorisation ministère de la santé n° : DA20181805321DMP/20UCAV1  
Relaxium B6 300 / Autorisation ministère de la santé n° : DA20181805322DMP/20UCAV1