

# 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.

## 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.

## 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



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0000629

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8952 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HASSAM HASSAM

Date de naissance : 18/01/1964

Adresse : 147 2155171 Rue 14 N° 9 HAY HASSEM

Tél. : 0660792667 Total des frais engagés : 665,30

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Hassam Hassam Age : 57

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 : 14/01/2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

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

- |  |   |
|--|---|
| Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien   | SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence |
| Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre) | SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme                  |
| Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre  | AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute          |
| Visite de jour au domicile du malade par le médecin  | AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière               |
| Visite de nuit au domicile du malade par le médecin  | AP = Actes pratiqués par un orthophoniste                           |
| Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade  | AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste                     |
| Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié                                       | R-Z = Electro - Radiologie  |
| Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie  | B = Analyses  |
| 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, de dresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Le 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  
HOSPITALISATION EN VENTORIUM  
HOSPITALISATION EN MAISON DE REPOS  
ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit  
des répétés en plusieurs séances ou actes  
aux comportant un ou plusieurs échelonnées  
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 : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883  
FAX : 91.26.52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

**FEUILLE DE SOINS 576427**

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : HASSANI HASSAN  
Matricule : 8952 Fonction : CA Agent Poste :  
Adresse : 47 NISSINI RUE 14 N° 3. 47 HASSANI  
Tél. : 0660792667 Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : HASSANI HASSAN Age : 18 | 02 | 64  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin : 04/01/2021  
Nature de la maladie : Goutte + IL médian  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances :  
[Signature]  
A CASA le 04/01/2021 Signature et cachet du médecin  
Durée d'utilisation 3 mois

### VOLET ADHERENT

**DECLARATION** 8952 **576427**  
Matricule N° :  
Nom du patient : Hassan  
Date de dépôt : 04/01/2021  
Montant engagé : 66,30  
Nombre de pièces jointes : 04 pces





## 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
04/12/21		22	201,00	Dr. Mohamed EL AMRANI Néphrologie Diplôme de FCLB Ancien Interne Hôpital Necker PARIS 25, Bd Ibn Sina, Casablanca Tel: 05 22 39 13 12

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE POLYCLINIQUE Dr TIR ABOU 58, Rue My Thami - Hay Hassan Tel: 022 90.21.67 - CASA	04/12/21	465,30

## 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 de

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement car 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"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(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'EXECUTION

# CENTRE DE DIALYSE KHEIR

**Dr. Mohamed ELAMRANI**

**Néphrologue diplômé de l'ULB**

Ancien interne hôpital Necker - Paris

Membre société française de néphrologie et

De la société européenne de transplantation rénale

**الدكتور محمد العمراني**

**اختصاصي في أمراض الكلى من بروكسيل**

طبيب داخلي سابقا بمستشفى تكير بباريس

عضو بالجمعية الفرنسية لأمراض الكلى

وعضو بالجمعية الأوروبية لغرس الكلى



090001116

CASABLANCA, LE

04/01/2021

Mr HAJJAMI HASSAN

12300X3

- BiomARTIN

1 - 0 - 0 (3Bites)

4620

- Mylonc

1 - 0 - 1 - 0 (3Bites)

4960

- Dr. ure

100. 000 00 = 1.000.000

1 Mois

46530

(1Bites)

**Dr. Mohamed ELAMRANI**  
Néphrologue Diplômé de l'ULB  
Ancien Interne Hôpital Necker  
PARIS

252, Bd Ibn Sina, Casablanca  
Tél: 05 22 39 13 12

مركز أمراض الكلى وتصفية الدم بالكلية الإصطناعية الخير - 252 شارع ابن سينا - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 39 13 12  
Centre de Néphrologie et d'Hémodialyse KHEIR- 252 Bd Ibnou Sina, Casablanca - Tél.: 05 22 39 13 12  
Fax : 05 22 36 72 69 - E-mail : mohamed.elamrani1964@gmail.com -INP : 7195094 -INPE : 091047431



# BIOMARTIAL

**LIPOFER**  
microcapsules

## FORME ET PRESENTATION :

Gélule, Boîte de 30.

## COMPOSITION (par gélule) :

Substance active: Fer micronisé et microencapsulé (Lipofer); agent de charge: amidon de maïs ; anti-agglomérant : stéarate de magnésium ; Lubrifiant : talc ; capsule végétale en HPMC (hypromellose)

## PROPRIETES :

**BIOMARTIAL** est un complément alimentaire à base de fer.

Le fer est un oligo-élément nécessaire à notre organisme.

il contribue notamment :

A la synthèse de l'hémoglobine qui assure le transport de l'oxygène,

Au fonctionnement normal du **système immunitaire**,

A réduire la **fatigue**,

Au développement normal des tissus.

## CONSEILS D'UTILISATION :

Selon la prescription médicale..

## PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Ne pas dépasser la dose journalière recommandée

Ne pas laisser à la portée des enfants

A conserver à l'abri de l'humidité et de la chaleur

Fabriqué par HEALTH INNOVATION

Promotion médicale : HEALTH

Complément alimentaire, n'est

Autorisation sanitaire ONSSA

N° : DA20202002312DMP/20UCA/V1

LOT: 2004005

EXP: 04/2023

PVC: 123,000H

# BIOMARTIAL

**LIPOFER**  
microcapsules

## FORME ET PRESENTATION :

Gélule, Boîte de 30.

## COMPOSITION (par gélule) :

Substance active: Fer micronisé et microencapsulé (Lipofer); agent de charge: amidon de maïs ; anti-agglomérant : stéarate de magnésium ; Lubrifiant : talc ; capsule végétale en HPMC (hypromellose)

## PROPRIETES :

**BIOMARTIAL** est un complément alimentaire à base de fer.

Le fer est un oligo-élément nécessaire à notre organisme.

il contribue notamment :

A la synthèse de l'hémoglobine qui assure le transport de l'oxygène,

Au fonctionnement normal du **système immunitaire**,

A réduire la **fatigue**,

Au développement normal des tissus.

## CONSEILS D'UTILISATION :

Selon la prescription médicale..

## PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Ne pas dépasser la dose journalière recommandée

Ne pas laisser à la portée des enfants

A conserver à l'abri de l'humidité et de la chaleur

Fabriqué par HEALTH INNOVAT

Promotion médicale : HEALTH IN

Complément alimentaire, n'est p

Autorisation sanitaire ONSSA N°

N° : DA202020023120MP/20UCA/U1  
LOT: 2004001  
EXP: 04/2023  
PUC: 123,00DH

# BIOMARTIAL

**LIPOFER**  
microcapsules

## FORME ET PRESENTATION :

Gélule, Boîte de 30.

## COMPOSITION (par gélule) :

Substance active: Fer micronisé et microencapsulé (Lipofer); agent de charge: amidon de maïs ; anti-agglomérant : stéarate de magnésium ; Lubrifiant : talc ; capsule végétale en HPMC (hypromellose)

## PROPRIETES :

**BIOMARTIAL** est un complément alimentaire à base de fer.

Le fer est un oligo-élément nécessaire à notre organisme.

il contribue notamment :

A la synthèse de l'hémoglobine qui assure le transport de l'oxygène,

Au fonctionnement normal du **système immunitaire**,

A réduire la **fatigue**,

Au développement normal

## CONSEILS D'UTILISATION

Selon la prescription médicale

N°: DA20202002312DMP/20UCA/V1  
LOT: 2004005  
EXP: 04/2023  
PUC: 123.000H

## PRECAUTIONS D'EMPLOI

Ne pas dépasser la dose journalière

Ne pas laisser à la portée des enfants

A conserver à l'abri de l'humidité et de la chaleur

Fabriqué par HEALTH INNOVATION

Promotion médicale : HEALTH INNOVATION Casablanca MAROC

Complément alimentaire, n'est pas un médicament.

Autorisation sanitaire ONSSA N°: CAPV.59.217.19

immédiatement votre médecin.  
Si les rénaux, leur taille peut diminuer et ils pourront  
des.

**ZYLORIC, comprimé**  
pharmacien si vous prenez, avez récemment pris ou  
médicaments suivants :

des problèmes respiratoires  
des convulsions (épilepsie), phénytoïne  
née pour traiter l'herpès ou la varicelle  
traiter une infection par le VIH  
ou amoxicilline)  
traiter les cancers  
réduire la réponse immunologique (immunosup-  
primine ou mercaptopurine)  
traiter le diabète  
problèmes cardiaques ou l'hypertension artérielle  
de l'enzyme de conversion de l'angiotensine) ou des  
(au)  
ur fluidifier le sang (anticoagulants), comme la

sé pour traiter la goutte.  
ecin ou votre pharmacien si vous prenez, avez  
médicament, notamment des médicaments obtenus  
des médicaments à base de plantes.

ue vous allaitez, si vous pensez être enceinte ou  
amandez conseil à votre médecin ou pharmacien  
ment.

est est déconseillée, sauf avis contraire de votre  
asse.  
ce médicament dans le lait maternel, il est donc  
ZYLORIC, comprimé au cours de l'allaitement.

**Utilisation de machines**  
de ce médicament peut entraîner des étourdisse-  
ments problèmes de coordination. Si c'est le cas, ne  
pas d'outils ou de machines.

**Contre-indication notoire: Lactose.**

que vous aviez une intolérance à certains sucres,  
ant de prendre ce médicament.  
est est déconseillée chez les patients présentant une  
un déficit en lactase de Lapp ou un syndrome de  
du du galactose (maladies héréditaires rares).

**ZYLORIC, comprimé?**

le médicament en suivant exactement les indications  
pharmacien. Vérifiez auprès de votre médecin en cas de

avalés entiers avec un grand verre d'eau après les

est fonction des résultats du taux sanguin en acide

ées sont comprises entre 100 et 900 mg par jour.  
ement avec une faible dose, qui sera augmentée, le

tre fonction hépatique ou rénale est réduite, votre  
tre une dose plus faible ou vous demander d'espacer  
si vous êtes traité(e) par dialyse deux ou trois fois par  
urra vous prescrire une dose de 300 ou 400 mg qui  
ment après votre dialyse.

**Précautions (âgés de moins de 15 ans)**

sont comprises entre 100 à 400 mg par jour.

**Précautions**

aler tels quels avec un grand verre d'eau, après le

#### **Durée du traitement**

Dans tous les cas, se conformer strictement à l'ordonna  
Si vous avez pris plus de ZYLORIC, comprimé que v  
Prévenez immédiatement votre médecin ou rendez-v  
Emportez avec vous la boîte du médicament.  
Les signes d'un surdosage peuvent inclure nausées, vo  
vertiges.

**Si vous oubliez de prendre ZYLORIC, comprimé**  
Prenez-la dès que vous vous en souvenez. Cepend  
moment de prendre la dose suivante, sautez la dose ou  
dose double pour compenser la dose que vous avez ou  
**Si vous arrêtez de prendre ZYLORIC, comprimé**  
N'arrêtez pas de prendre ZYLORIC, comprimé sans en  
médecin.

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce  
plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmaci

**4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVEN**  
Comme tous les médicaments, ZYLORIC, comprimé es  
des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas syst  
le monde.

**Si vous présentez l'un des effets suivants, il est imp**  
**immédiatement le traitement par l'allopurinol et d**  
**spécialiste ou de vous rendre aussitôt à l'hôpital :**

#### **Hypersensibilité**

Les signes peuvent être :

**Peu fréquents (peuvent atteindre moins de 1 person**

• Desquamation de la peau, furoncles ou ulcères au ni  
bouche.

• Très rarement, ces signes peuvent inclure une respira  
soudaine, des palpitations ou une compression thoraciq

**Rares (peuvent atteindre moins de 1 personne sur 1**

• Fièvre et frissons, maux de tête, douleurs musculaires (p  
poux) et sensation générale de malaise.

• Réactions d'hypersensibilité graves avec fièvre, éru  
articulaires et résultats anormaux aux tests de s  
fonction hépatique (leucopénie, ictère).

• Tout changement

la gorge, du nez,

cloques généralis

• Saignements at

organes génitau

**Très rares (peuv**

• Un choc anaph

avaient présente

d'allopurinol.

**Si vous ressentez l'un des effets indésirables suiv**  
**apparaître avec ce médicament, parlez-en à votre m**

**Fréquents (peuvent atteindre moins de 1 personne**

• Eruption cutanée (voir la rubrique « Mis en garde sp  
d'arrêter immédiatement

rapidement votre médec

**Peu fréquents (peuv**

• Douleur de l'estomac

troubles peuvent être év.

• Anomalies au niveau d

hépatiques tels qu'une

**Rares (peuvent atteind**

• Occasionnellement, l

effets sur votre sang q

plus facilement que d'

signes d'infection. Ce

ont des problèmes h

rapidement possible.

**Très rares (peuvent a**

• Fièvre (température

• Présence de sang da

• Taux élevés de chole

• Sentiment général de

PPV: 49,60 DH

LOT: 20F03

EXP: 06/2023

LOT 201201

EXP 06 2024

PPV 46.70 DH