

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Diagnostique 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 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



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

ND
78700

Déclaration de Maladie

N° M21- 0051593

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2978 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : M. LAHRICHI FAISAL

Date de naissance : 28/7/56

Adresse : P. RTE. CALIFORNIE N° 3 RDC CASABLANCA

Tél. : 0654.500.851 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur TAGNAOULTI Brahim
Médecine Générale
70, Rue de Normandie Maarif
Tél. : 05 22 25 50 22

Date de consultation : 19/7/2021

Nom et prénom du malade : M. LAHRICHI FAISAL Age : 28/7/56

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Brûlure thermique 1er degré

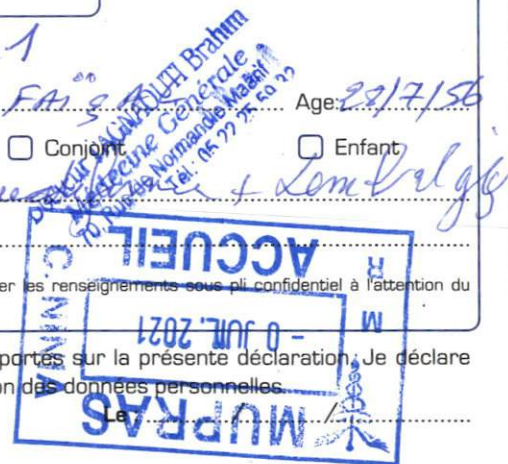
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
19/7/2021	C	01	200 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

Pharmacie des Signes
Mme. LAIRICH SAMIA
256, Boulevard de l'Oasis
Tel.: 05 22 98 85 17 - Casablanca

19-07-2021

658,80

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 des Honoraires

AM PC IM IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

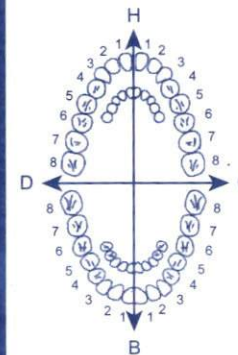
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

[Création, remont, adjonction]

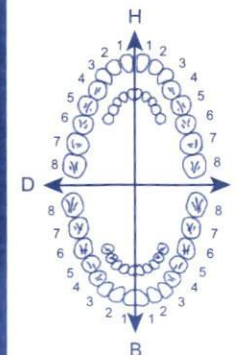
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

Dr. TAGNAOUTI Brahim

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Bordeaux
MEDECINE GENERALE

70, Rue de Normandie - Maârif
CASABLANCA
Tél. : 05 22 25 59 32

الدكتور إبراهيم التناوتي.

خريج كلية الطب ببوردو
الطب العام

70، زنقة نورماندي - المعاريف
الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 25 59 32

Casablanca, le

19/7/2021

الدار البيضاء، في :

Mr Lahmechi Fayçal

88 - Saphir 1st x 218 (S.V)

22.80. Branchol Nord 1st x 231 (S.V)

22.80. Curlec 10 1st x 231 (S.V)

24.80. Serelude 250 1st x 231 (S.V)

100.40 Brexin 1st x 231 (S.V)

30.10 Fenac 100 1st x 231 (S.V)

81.140 Omiz 10 1st x 231 (S.V)

1st x 231 (S.V)

658.80

Docteur TAGNAOUTI Brahim
Médecine Générale
70, Rue de Normandie Maârif
Tél. : 05 22 25 59 32

Pharmacie des Cygnes
Mme. LAHRICHI SAMIA
256, Boulevard de l'Oasis
Tél. : 05 22 98 85 17 - Casablanca

PPV: 88DH00
PER: 07-23
LOT: J1986

ID: 646347
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Ra'at
PPV: 248,00 DH
6 118001 141104

bronchokod
sans sucre Adultes

LOT: 1132
PER: 11/22
PPV: 22.90DH

PPV: 88DH00
PER: 09/23
LOT: J2426

O Miz[®]

Oméprazole

Microgranules gastro-résist

PRESENTATIONS :

- OMIZ[®] 20 mg :** Boîte de 7 gélules
Boîte de 14 gélules
Boîte de 28 gélules
- OMIZ[®] 10 mg :** Boîte de 7 gélules
Boîte de 14 gélules
Boîte de 28 gélules

COMPOSITION :

- OMIZ[®] 20mg**
Oméprazole.....20 mg
Excipients q.s.p.....1 gélule
Excipient à effet notoire : saccharose

COMPOSITION :

- OMIZ[®] 10mg**
Oméprazole.....10 mg
Excipients q.s.p.....1 gélule
Excipient à effet notoire : saccharose

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE :

Inhibiteur de la pompe à protons (appareil digestif et métabolisme). Il diminue la sécrétion acide au niveau de l'estomac.

INDICATIONS :

- Chez l'adulte :
 - En association à une bithérapie antibiotique, éradication de *Helicobacter pylori* en cas de maladie ulcéreuse gastro-duodénale,
 - Ulcère duodénal évolutif,
 - Ulcère gastrique évolutif,
 - Œsophagite érosive ou ulcéreuse symptomatique par reflux gastro-œsophagien,
 - Traitement symptomatique du reflux gastro-œsophagien associé ou non à une œsophagite, en cas de résistance à la posologie de 10 mg d'oméprazole par jour,
 - Traitement d'entretien des ulcères duodénaux chez les patients non infectés par *Helicobacter pylori* ou chez qui l'éradication n'a pas été possible,
 - Traitement d'entretien des œsophagites par reflux gastro-œsophagien,
 - Syndrome de Zollinger-Ellison,
 - Traitement des lésions gastro-duodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens lorsque la poursuite des anti-inflammatoires est indispensable,
 - Traitement préventif des lésions gastro-duodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens chez les patients à risques (notamment âge supérieur à 65 ans, antécédents d'ulcère gastro-duodénal) pour lesquels un traitement anti-inflammatoire est indispensable.
- Chez l'enfant à partir d'un an : Œsophagite érosive ou ulcéreuse symptomatique par reflux gastro-œsophagien.

CONTRE-INDICATIONS :

- Hypersensibilité à l'un des constituants de ce médicament.
- En association avec l'atazanavir associé au ritonavir (médicament anti-infectieux).

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

MISES EN GARDE / PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Mises en garde :

En raison de la présence de saccharose, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas d'intolérance au fructose, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en sucrose-isomaltase (maladies métaboliques rares).

Précautions d'emploi :

Utiliser ce médicament avec précaution en cas d'affections chroniques du foie.

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

INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS :

Avec l'atazanavir associé au ritonavir (médicament anti-infectieux). 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.

81,40

فيناك[®] بروموفار

ديكلوفيناك صودي

100 مغ

10 تحاميل
للأكل

30/10

Brexin[®]

Piroxicam- β -cyclodextrine_i

Brexin[®]

20 comprimés effervescents

PROMOPHARM S.L.



6 118000 241171

0100140

LOT

PER

PRV

10/22

10/22

1000140