

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.

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.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La 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



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 061247

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5784 Société : R.A.M. 89137

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NAJIB Simohamed.

Date de naissance : 20.02.1966

Adresse : Hay GARDI RES EL FAHER IM. JARASS. N°5.

Tél. : 06113 17 52

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/10/2012

Nom et prénom du malade : Najib N. N.

Age : 46 Ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Bronchite

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

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

[illegible]

EXE	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	

[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est pré 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

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

[illegible][illegible]

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

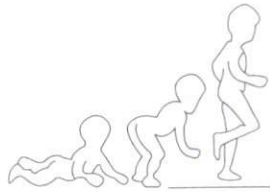
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Khalid AMAR

Pédiatre

Spécialiste de l'Asthme
et des maladies allergiques
de l'enfant



الدكتور خالد عمار

إختصاصي في أمراض الطفل
أمراض الحساسية عند الطفل
مرض الربو (الضيقة)

Casablanca le15/10/2021..... في الدار البيضاء

Enfant NADA NAJIB

Age : 4 ans et 2 mois

Poids : 20,000 kg

63,00

1) SOCLAV ENF (100MG/12.5MG) SUSP BUV FL 60 ML

20 kilogrammes le matin, à midi et le soir, pendant 8 jours

1 boîte

2) MARIMER SOL NASALE

1 lavage le matin, à midi et le soir

1 boîte

3) COQUELUSEDAL PARACET 250MG ENF SUP BTE 12

Mettre 1 suppositoire le matin et le soir, pendant 5 jours

1 boîte

4) CLARTEC SUSP BUV (5MG/5ML) FL/120ML

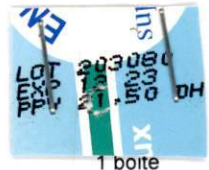
Prendre 1 cuillère mesure le soir, pendant 1 mois

5) BUTOVENT SUSP.BUV. 2MG/5ML FL:150 ML

2 ml matin midi et soir 7 jours

6) DOLIPRANE 300MG SUPP BTE:10

1suppositoire 4 fois par jour



PHARMACIE GHAFANE
DR. KHOUA LAILA
2112 N° 116 Bloc (C)
Casablanca
Sidi Bernoussi

72, شارع الزرقطوني الطابق الرابع. الرقم 12. (قرب سوق الورود). 20140 الدار البيضاء

72, Bd Zerketouni, 4^{ème} Etage, N° 12 (en face du marché aux fleurs) - 20140 - Casablanca

Tél.: 0522 47 45 72 - G.S.M: 0661 41 15 87 - E-mail: k.amar@menara.ma

3 518646 672361

ZENITH Pharma

PPC : 99,50 DH

LOT



10005932

2023/02

21,90

DOLIPRANE®

100 mg suppositoire sécable (de 3 à 8 kg)

150 mg suppositoire (de 8 à 12 kg)

200 mg suppositoire (de 12 à 16 kg)

300 mg suppositoire (de 15 à 24 kg)

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Pour un suppositoire

Doliprane 100 mg : paracétamol 100 mg

Doliprane 150 mg : paracétamol 150 mg

Doliprane 200 mg : paracétamol 200 mg

Doliprane 300 mg : paracétamol 300 mg

Excipients : glycérides hémi-synthétiques solides

FORME PHARMACEUTIQUE

Doliprane 100 mg suppositoire sécable Boîte de 10 suppositoires

Doliprane 150 mg suppositoire Boîte de 10 suppositoires

Doliprane 200 mg suppositoire Boîte de 10 suppositoires

Doliprane 300 mg suppositoire Boîte de 10 suppositoires

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE - ANTIPYRETIQUE

(N: Système nerveux central)

DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

Ce médicament est indiqué en cas de douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures.

DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :

- Allergie connue au paracétamol
- Maladie grave du foie
- Inflammation récente anale ou rectale ou saignement récent du rectum
- **En cas de doute, il est indispensable de demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.**

MISES EN GARDE SP

Ce médicament cont
afin de ne pas dép



PRECAUTIONS D'USO

En cas de doute

PPV 12DH8
PER 04/23
LOT J1351

INTERACTIONS MEDICAMENTALES ET AUTRES INTERACTIONS

Signaler la prise de Doliprane à votre médecin en cas de prescription de dosage de l'acide urique sanguin ou de la glycémie.