

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.

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 chronique 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° P19- 0041966

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 000029201 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHERQAoui . NATIA

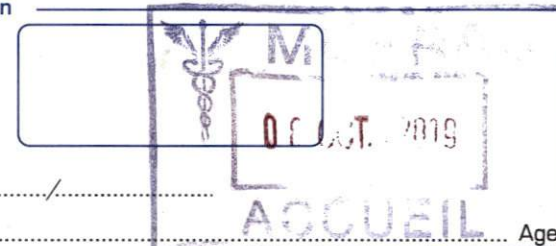
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0642901766 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 : 17/10/2019

Signature de l'adhérent(e) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est tenu de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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"/>																
				Début d'exécution <input type="text"/>																
				Fin d'exécution <input type="text"/>																
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/>																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	D 00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				Montant des soins <input type="text"/>
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
D 00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis <input type="text"/>																	
			Fin d'exécution <input type="text"/>																	
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																		

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N° P 14 / 0036624		 Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



P 14/0036624

DATE DE DEPOT
/ / 2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 000028201	Signature de l'adherent
Nom & Prénom CHERQAOUI NAJIA			
Fonction Médecin	Phones 0642901766		
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient Najia Cherkaoui		Signature du Médecin Docteur Mariem ICHAR Médecin Généraliste Av. Ibn Al Hayat, Imm. 85 Apt. N°1, Hay Inbaat, Salé
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date 24/09/19	
Nature de la maladie Dialyse localisée rénale		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	Cachet 120DA
	CS		
PHARMACIE	Date 24/09/19		Cachet 149,90
Montant de la facture			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	Cachet CACHET
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	Cachet CACHET
Nombre AM PC IM IV		Montant détaillé des Honoraires	

Dr. Mariem ICHAR

Médecine générale

Diplômée de la faculté de Médecine

et de Pharmacie de Rabat

Diplômée en

Echographie générale



الدكتورة مريم إشار

الطب العام

خريجة كلية الطب

والصيدلة بالرباط

حاصلة على شهادة جامعية

للفحص بالصدى

طبيبة معتمدة للفحص الطبي من أجل رخصة السياقة

Salé le : 24/09/18 : سلا في

Nafja Charkani

1) Caliperm 80

34,40 2 cp - 3 j

2) Kolest 200

42,00 1 cp 1 j - 2 j

3) Bimelgrid 100

34 1 cp - 2 j

63,90

149,30

Pharmacie AL FOUNDOUKIA
Dr. RAJI SENHALLI
Pharmacien
Av. Ibn Haytam, N° 226
Hay Inbiat -

Docteur Mariem ICHAR
Médecine Générale
Av. Ibn Al Haytam, Imm. 86
Appt N°1, Hay Inbiat, Sale

المرجو إحترام وصفة طبيكم

حي الإنبعث شارع ابن الهيثم زنقة بابل (زنقة 16) رقم 86 الطابق الأول (أمام صيدلية الفندقية) - سلا

الهاتف : 05 37 80 82 19

Bi-Profenid[®] LP

Kétoprofène

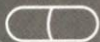


Bi-profenid LP 100 mg
20 Comprimés sécables

6 718000 061908



03190



Voie orale

14

Gélules

KALEST®

LOT 181037
EXP 02/2021
PPV 42.00DH

KALEST 20 mg

Omeprazole (DCI)

14 gélules



6 118000 340058

COLIS
Phloroglucinol

PRESENTATION :

Comprimés orodispersibles / Boîte de 20.

COLISPASM®
Phloroglucinol **80 mg**

Lot / Date Per. :

COLISPASM®
Phloroglucinol 80 mg

P.P.V. : 34,40 Dh



6 118 000 191 575

CONTRE
Absolue

- Hypersensibilité au phloroglucinol
- En cas de phénylcétonurie, en raison de la présence d'acide phénylpyruvique
- Les comprimés orodispersibles sont à dissoudre dans moins de 7 ans en raison du risque de fausse route.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT :

Grossesse : Les études réalisées chez l'animal n'ont pas montré d'effet tératogène. En l'absence d'effet tératogène chez l'animal, un effet malin n'est pas attendu. En effet, à ce jour, les substances responsables de malformations tératogènes chez l'animal au cours d'études bien conduites. En clinique, l'utilisation relativement répandue du phloroglucinol. Toutefois, des études épidémiologiques sont nécessaires.

Allaitement : En l'absence de données, il est conseillé d'éviter l'allaitement.

POSOLOGIE :

- **Chez l'adulte :** la posologie est de 2 comprimés, à prendre 2 fois par 24 heures, en cas de spasmes importants.
- **Chez l'enfant :** 1 comprimé 2 fois par 24 heures, après avis du médecin.

MODE D'ADMINISTRATION :

Voie orale.

Les comprimés peuvent être administrés en les faisant dissoudre dans de l'eau.

Chez l'enfant, ils doivent être dissous dans un verre d'eau.

EN CAS DE DOUTE, DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN.

MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- En raison de la présence de lactose, ce médicament ne doit pas être utilisé chez les patients atteints d'un syndrome de malabsorption du glucose et du galactose.
- L'association de phloroglucinol avec des médicaments à effet sédatif doit être évitée en raison de leur effet spasmogène.
- Ne pas utiliser COLISPASM® si la date d'expiration est dépassée.

TENIR HORS DE LA PORTÉE ET DE LA VUE DES ENFANTS.

EFFETS INDESIRABLES :

- Quelques rares cas de réactions allergiques de la peau.
- Exceptionnellement œdème de Quincke.
- Hypotension artérielle.
- Choc anaphylactique.

Interactions médicamenteuses : aucun objet.

CONDITION DE CONSERVATION :

A conserver à une température ne dépassant pas +30°C.

CONDITION DE DELIVRANCE :

COLISPASM® Comprimés orodispersibles / Boîte de 20.
Date de révision de la notice : 12 septembre 2013.