

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

Déclaration de Maladie : N° P19-0015739

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12950 Société : Royal air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Benkiran Ifsou Date de naissance : 01/07/1988

Adresse : 17, bd Abdellah Ben Badis, résidence Walili, 24 C, Agt 18

Tél. : 0661 594 590 Total des frais engagés : 452,00 Dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr SOALLI Mohamed
Professeur de Pédiatrie
21, Place Charles Nicolle - Casablanca
Tél. : 05 22 26 07 20 - 06 61 14 98 84

Date de consultation : 04/09/2019

Nom et prénom du malade : Benkiran Ifsou Age : 21 an

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Syndrome febrile

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : pas

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 : 24/09/2019 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : Accident siège/Ram

RELEVE 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
04/09/19	13		250,00	
CC				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Charles Nicolle HEDY A TAK - TAK 19, Place Charles Nicolle CASABLANCA Tél: 05 22 47 56 44 / 05 22 20 20 41	04/09/19	200,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1-8) on both the upper and lower arches. A vertical line labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom represents the midline. A horizontal line labeled 'D' on the left and 'C' on the right represents the dental arch. The teeth are numbered as follows: upper arch (H) - 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8; lower arch (B) - 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mohamed SQALLI HOUSSAINI

Professeur de Pédiatrie

Ancien Chef de Service de Réanimation Pédiatrique
et de Néonatalogie Hôpital d'Enfants C.H.U. Ibn Rochd

Spécialiste des Maladies des Enfants et des Nourrissons
Pathologie Néonatale - Urgences Pédiatriques
Exploration et Traitement de l'Asthme de l'Enfant
Membre de la Société Pédiatrique de Pneumologie
et d'Allergologie

الدكتور محمد صقلي حسيني

أستاذ جامعي في طب الأطفال

رئيس سابق لمصلحة إنعاش الأطفال
والمولود الجديد - مستشفى ابن رشد

إختصاصي في أمراض الأطفال والرضيع
أمراض المولود الجديد المستعجلات الطبية
تشخيص وعلاج مرض الضيق عند الأطفال
عضو جمعية الأطفال المختصة في الجهاز
التنفسى والحساسية

04.09.2019

Casablanca, le : الدار البيضاء، في :

Enfant BENKIRANE Zineb

200,50

1 VACCIN HAVRIX N ET ENF 720/0,5 ML (GSK)



Age : 2 ans 1 mois

2 DOLIPRANE SUPPOSITOIRES 200 (ORANGE)

1 suppositoire, 2 fois / jour, pendant 2 jours

Pharmacie Charles Nicolle
HEDYA TAK-TAK
19, Place Charles Nicolle
CASABLANCA
Tél : 05 22 47 56 44 / 00

25.4.19

W

110 111

110 111
H1858
LOT H9/21
PER 11DHT0
PPV



150 mg

200 mg suppositoire

300 mg suppositoire (de 15 à 24 kg)

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Pour un suppositoire

Doliprane 100mg : paracétamol	100 mg
Doliprane 150mg : paracétamol	150 mg
Doliprane 200mg : paracétamol	200 mg
Doliprane 300mg : 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 MEDICAMENT ?

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 SPECIALES

Ce médicament contient du paracétamol. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée (cf. chapitre « posologie »)

PRECAUTIONS D'EMPLOI

Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours, ou en cas d'efficacité insuffisante ou de survenue de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin.

En cas de doute ne pas hésiter à demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES 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.

1. Qu'est-ce que HAVRIX NOURRISSONS ET ENFANTS 720 U/0,5 ml, suspension injectable en seringue préremplie et dans quels cas *est-il utilisé* ?
2. Quelles sont les informations à connaître *avant d'utiliser HAVRIX NOURRISSONS ET ENFANTS 720 U/0,5 ml, suspension injectable en seringue préremplie* ?
3. Comment *utiliser HAVRIX NOURRISSONS ET ENFANTS 720 U/0,5 ml, suspension injectable en seringue préremplie* ?
4. Quels sont *les effets indésirables éventuels* ?
5. Comment *conserver HAVRIX NOURRISSONS ET ENFANTS 720 U/0,5 ml, suspension injectable en seringue préremplie* ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

1. QU'EST-CE QUE HAVRIX NOURRISSONS ET ENFANTS 720 U/0,5 ml, suspension injectable en seringue préremplie **ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE** ?

Classe pharmacothérapeutique - code ATC : VACCIN CONTRE L'HEPATITE A (J : Anti-infectieux)

Ce médicament est un vaccin.

Ce médicament est préconisé dans la prévention de l'infection provoquée par le virus de l'hépatite A chez l'enfant à partir de l'âge de 1 an.

L'hépatite A est une infection virale du foie. Lorsqu'un enfant reçoit ce vaccin, le système immunitaire (le système de défense naturelle de

comme tous les vaccins, ce *vaccin peut* provoquer mais ils ne surviennent pas systématiquement ch Les effets indésirables *qui peuvent* survenir sont **Très fréquent (effets indésirables pouvant surver sur 10 de ce vaccin)**

- Irritabilité
- Maux de tête
- Douleur et rougeur au site d'injection
- Fatigue

Fréquent (effets indésirables pouvant survenir pour 10 de ce vaccin)

- Perte d'appétit
- Somnolence
- Diarrhée, nausées, vomissement
- Gonflement ou induration au site d'injection
- Malaise, fièvre

Peu fréquent (effets indésirables pouvant survenir pour moins d'1 dose sur 100 de ce vaccin)

- Infection au niveau du nez et de la gorge, nez qui coule ou nez bouché (rhinite)
- Sensations vertigineuses
- Eruption cutanée

ID : 622404
6
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 200 90 DH
118001 140619