

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.

Radiologie 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
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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 Aïal Ben Abdellah - 1^{er} étage Angélique - Mohamed V - 101 - Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Unité - Casablanca - 20000 - Tél : 05 22 20 45 35 - 01 - 9 - 05 22 22 78 13 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W19-476514

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) **23515**

Matricule : **3207** Société : _____

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : _____

Nom & Prénom : **RIMAOUI MOHAMED**

Date de naissance : **04/05/1951**

Adresse : **MÊME ADRESSE**

Tél. : **06 70 35 37 02** Total des frais engagés : **126,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **DR. CHEROUATI MOHAMED**
Chirurgien
et Traitement des Maladies de la Main
03 MARS 2020
ACCUEIL

Date de consultation : _____

Nom et prénom du malade : **LAHZAONI MOHAMED**

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

Nature de la maladie : **lombosciatalgie**

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 : _____ / _____ / _____

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature attestant le Paiement des Actes
13/02/2020	C2	5	511	Dr. CHEROUADI Mohammed Chirurgien Orthopédiste et Prothésiste Clinique Ain Sebaa Casablanca INPE: 051041553

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

13/02/20

126 - n

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

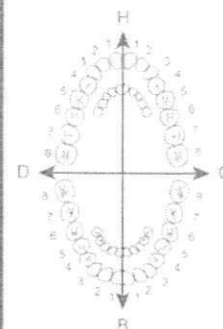
IM

IV

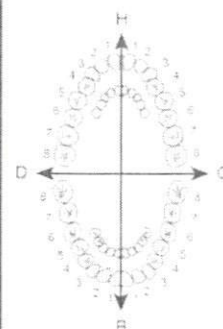
Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H			
05533412	01433550		
00000000	00000000		
D		G	
00000000	00000000		
95533411	11433553		
B			

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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

DOCTEUR Mohammed CHEROUAQI

Spécialiste en chirurgie Orthopédique
et Traumatologique

Chirurgie Réparatrice et du Rhumatisme

Chirurgie de la Main et du Pied

Chirurgie des Nerfs Périphériques

Traumatologie du Sport

Expert Assermenté près des Tribunaux



الدكتور محمد شرواقي

اختصاصي في جراحة تقويم العظام
المفاصل والكسور

جراحة العيوب الجسمية و عواقب الروماتيزم

جراحة اليد القدم والعروق

الطب الرياضي

خبير محلف لدى المحاكم

Casablanca, le

13/02/2020

LAGH ZA ou ZORA

196002

Dune forte



1 ampoule bivalente chaque mois
pendant 03 mois

2 ins 1 amp bivalente chaque
03 mois pendant (09) neuf

13-4002 mois

Colchicine



126.00

1 cp 1j x 30j

CLINIQUE AIN-SEBAA

84, Allée Casuarinas - Ain Sebââ - CASABLANCA Tél. : 05 22 34 08 30/31 - Fax : 05 22 34 08 32

GSM : 06 61 31 86 47 - E-mail : drcherouaqi@hotmail.com

PHARMACIE ZAYD
Madinet Errahma | Bloc 6
N°17 - Der Bouazza
Tél: 05 22 89 08 09

Dr. Mohammed CHEROUAQI
Spécialiste en chirurgie Orthopédique
et Traumatologique
Expert Assermenté près des Tribunaux
Tél: 05 22 34 08 30/31
Fax: 05 22 34 08 32
GSM: 06 61 31 86 47
E-mail: drcherouaqi@hotmail.com

كالكسيوم¹ ملغ، أقراص قابلة للكسر - عبوة من 20 قرص
(كولشيسين ميلور)



تناول هذا الدواء.
شها.

طلب المزيد من المعلومات من طبيبك أو الصيدلي.
تتم بإعطائه لشخص آخر حتى في حالة وجود أعراض متشابهة، لأنك قد تسبب الضرر له.
يذكر في هذه النشرة: أخبر طبيبك أو الصيدلي.

لا تتناول أكثر من 1 قرص

M0

- علاج نوبات النقرس والوقاية منها
- نوبات حادة أخرى دقيقة التبلور
- داء بهيسيت
- المرض الموروث

الجرعات:

التعليمات من أجل استعمال جيد:

احرص دائما على تناول هذا الدواء بالإحترام التام لتعليمات هذه النشرة أو إرشادات الطبيب أو الصيدلي
خفف لدى الطبيب أو الصيدلي في حالة الشك

- نوبة النقرس الحادة

يجب توزيع جرعات كولشيسين أوبوكالسيوم بالأقراص أو نصف الأقراص على اليوم دون تجاوز 1 ملغ من كولشيسين (1 قرص) لكل جرعة

في حالة علاج ميكرب يجب استعمال جرعات صغيرة 1 ملغ و 2 ملغ من كولشيسين في اليوم الأول من العلاج.

في الأيام التالية يجب تناول 1 ملغ من كولشيسين (في غياب عامل خطر الجرعة المفرطة)

في بعض الحالات يمكن وصف جرعات أكبر بشكل استثنائي. لا تتجاوز أبدا

3 ملغ من كولشيسين في اليوم الأول من العلاج موزعة على اليوم

2 ملغ من كولشيسين في اليوم الثاني والثالث من العلاج موزعة على اليوم

1 ملغ من كولشيسين في اليوم الرابع من العلاج وفي الأيام التالية

في حالة الإسهال اتصل فوراً بالطبيب قد يتطلب خفض الجرعة أو وقف العلاج

- الوقاية من النوبات الحادة للنقرس / نوبات أخرى حادة دقيقة التبلور / مرض بهيسيت

1 ملغ من كولشيسين في اليوم

خفض الجرعة إلى 0,5 ملغ من كولشيسين (نصف قرص) في حالة الإسهال

- المرض الموروث

البالغون:

1 ملغ إلى 2 ملغ من كولشيسين في اليوم

قد يزيد الطبيب من الجرعة بدرجة 0,5 ملغ (نصف قرص) إلى غاية 2 ملغ من كولشيسين كحد أقصى في اليوم حسب الإستجابة السريرية و

البيولوجية

الأطفال:

0,5 ملغ إلى 2 ملغ / اليوم (2/1 إلى 2 الأقراص) في مرة أو مرتين ستكيف الجرعة حسب السن والإستجابة السريرية. سوف يزيد الطبيب من جرعة

كولشيسين بشكل تدريجي

طريقة الإستعمال

عن طريق الفم.

ونبرة الإستعمال

من الأفضل تناول هذا الدواء عند الوجبات

موانع الإستعمال:

لا تتناول كولشيسين أوبوكالسيوم 1 ملغ. أقراص قابلة للكسر، في الحالات التالية:

- إذا كنت لديك حساسية (فرط الحساسية) للمواد الفعالة أو لأحد المكونات الأخرى للنشرة في هذا الدواء، المذكورة في الفقرة "مكونات الدواء"

- إذا كنت تعاني من مرض كلوي خطير (اختلال وظيفة الكلية)

إذا كنت تعاني من مرض كبدي خطير (اختلال وظيفة الكبد)

كولشييسين اوبوكالسيوم[®] 1 ملغ. أقراص قابلة للكسر - علبه من 20 قرص (كولشييسين مبلور)

تناول هذا الدواء.

المزيد من المعلومات من طبيبك أو الصيدلي.
بإعطائه لشخص آخر حتى في حالة وجود أعراض متشابهة. لأنك قد تسبب الضرر له.
وفي هذه النشرة. أخبر طبيبك أو الصيدلي.



لا تتناول أكثر من 1 قرص

Exp :
PPV :
MO : N° LOT :

13,40

- داء بهيسيت
- المرض الموروث
الجرعات :

التعليمات من أجل استعمال جيد :

احرص دائما على تناول هذا الدواء بالإحترام الفام لتعليمات هذه النشرة أو إرشادات الطبيب أو الصيدلي.
تحقق لدى الطبيب أو الصيدلي في حالة الشك

- نوبة النقرس الحادة

يجب توزيع جرعات كولشييسين أوبوكالسيوم بالأقراص أو نصف الأقراص على اليوم دون تجاوز 1 ملغ من كولشييسين (1 قرص) لكل جرعة

في حالة علاج ميكس يجب استعمال جرعات صغيرة 1 ملغ و 2 ملغ من كولشييسين في اليوم الأول من العلاج.

في الأيام اللاحقة. يجب تناول 1 ملغ من كولشييسين (في غياب عامل خطر الجرعة المفرطة)

في بعض الحالات يمكن وصف جرعات أكبر بشكل استثنائي لا تتجاوز أبدا

3. ملغ من كولشييسين في اليوم الأول من العلاج موزعة على اليوم.

2. ملغ من كولشييسين في اليوم الثاني والثالث من العلاج. موزعة على اليوم.

1. ملغ من كولشييسين في اليوم الرابع من العلاج وفي الأيام اللاحقة

في حالة الإسهال اتصل فورا بالطبيب قد يتطلب خفض الجرعة أو وقف العلاج

- الوقاية من النوبات الحادة للنقرس / نوبات أخرى حادة دقيقة التيلور / مرض بهيسيت

1 ملغ من كولشييسين في اليوم

خفض الجرعة إلى 0,5 ملغ من كولشييسين (نصف قرص) في حالة الإسهال

- المرض الموروث

البالغون :

1 ملغ إلى 2 ملغ من كولشييسين في اليوم

قد يزيد الطبيب من الجرعة بدرجة 0,5 ملغ (نصف قرص) إلى غاية 2 ملغ من كولشييسين كحد أقصى في اليوم حسب الإستجابة السريرية و

البطولية

الأطفال :

0,5 ملغ إلى 2 ملغ / اليوم (2/1 إلى 2 الأقراص) في مرة أو مرتين ستكيف الجرعة حسب السن والإستجابة السريرية. سوف يزيد الطبيب من جرعة

كولشييسين بشكل تدريجي

طريقة الإستعمال

عن طريق الفم.

ونيرة الإستعمال

من الأفضل تناول هذا الدواء عند الوجبات

موانع الإستعمال:

لا تتناول كولشييسين أوبوكالسيوم 1 ملغ. أقراص قابلة للكسر. في الحالات التالية :

- إذا كانت لديك حساسية (فرط الحساسية) للعصا الفعالة أو لأحد المكونات الأخرى المتوفرة في هذا الدواء , المذكورة في الفقرة "مكونات الدواء"

- إذا كنت تعاني من مرض كلوي خطير (اختلال وظيفة الكلية)

إذا كنت تعاني من مرض كبدي خطير (اختلال وظيفة الكبد)

PPV: 49-60 DH

LOT: 19L02/B

EXP: 12/2022

PPV: 49-60 DH

LOT: 19L02/B

EXP: 12/2022