

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## Pathologie 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 canaux, 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 canaux.

## 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 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- 060341

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0986 Société : Ram

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Serhanti Abdelkader

Date de naissance : 15/07/1959

Adresse : Hay Al W. Al W. Tranche 19 km 23 N° 1456111 Attachement  
caso

Tél. : 0666181424 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 : 11 MAR 2020

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 du Médecin attestant le Paiement des Actes

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		53,00

### 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	

### 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 canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	[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

# صيدلية سحنون

## PHARMACIE SAHNOUN

### SAHNOUN FATIHA


Docteur en Pharmacie



## FACTURE

N° 000228

Casablanca le, : ..... Mr. : Senbouki Abdelkader

Quantité	Désignation	Prix U.	Prix T.
01	Volto me pd	53.00	53.00
	celle gauche Anete		
	a la somme de 53.00 DH		
			



# قولطارين 1%

## إيموجيل توبيك

LOT: M0471  
EXP: FEB 2022  
PPV: 53,00 DH

بنسبة 4 غ من الجيل. ويتطابق ذلك



مدة العلاج

في غياب وصفة طبية، يحدد العلاج في 5 أيام.

طريقة الاستعمال

عن طريق موضعي.

إدخال الجيل بذلك لطيف ومتواصل على المنطقة المولمة أو الالتهابية.

غسل اليدين جيدا بعد كل استعمال، ما عدا في حالة تطبيقه بنفسك لعلاج

فصال مؤلم في الأصابع.

الأعراض والتعليمات في حالة جرعة مفرطة

إذا استعملت قولطارين إيموجيل توبيك 1%، جيل أكثر مما يجب:

في حالة جرعة مفرطة أو تسمم عن طريق الخطأ، ابلغ الطبيب على الفور.

ما هي التأثيرات غير المرغوب فيها المحتملة؟

وصف التأثيرات غير المرغوب فيها

كمثل كافة الأدوية، من المحتمل أن يكون لدواء قولطارين إيموجيل 1%

جيل، تأثيرات غير مرغوب فيها، رغم أن ذلك لا يخص جميع الأشخاص.

استثنائيا قد تظهر تفاعلات قد تكون حادة:

• تفاعلات حساسية جلدية: طفح (بثور)، حكة، فقاعات،

• مشاكل تنفسية مثل الربو (تنفس صاخب وقصير، شعور بقدرة تنفسية

محدودة).

• علامات عامة مثل التآق (انتفاخ الوجه، الشفتين، اللسان، الحنجرة).

يجب توقيف العلاج فوراً وإبلاغ الطبيب أو الصيدلي.

بشكل شائع أكثر، قد تظهر تأثيرات غير مرغوب فيها، عامة ما تكون خفيفة

ومؤقتة:

• تأثيرات موضعية جلدية مثل الاحمرار، تهيج جلدي، تآكل أو تقرحات

موضعية،

يرجى الاطلاع بانتباه على هذه النشرة بأكملها قبل استعمال هذا الدواء

• احتفظ بهذه النشرة، قد تحتاج إلى قراءتها من جديد.

• إذا كانت لديك أسئلة أخرى، اقصد الطبيب أو الصيدلي.

• لقد تم وصف هذا الدواء لك بشكل شخصي. لا تقم بإعطائه لشخص آخر

حتى في حال وجود أعراض مشابهة، لأنك قد تسبب الضرر له.

في هذه النشرة:

• ما هو قولطارين إيموجيل توبيك 1%، جيل وما هي الحالات التي يجب

استعماله فيها؟

• ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل استعمال قولطارين إيموجيل

توبيك 1%، جيل؟

• كيف يجب استعمال قولطارين إيموجيل توبيك 1%، جيل؟

• ما هي التأثيرات غير المرغوب فيها المحتملة؟

• كيف يجب حفظ قولطارين إيموجيل توبيك 1%، جيل؟

• معلومات إضافية

1. ما هو قولطارين إيموجيل توبيك 1%، جيل وما هي الحالات التي يجب

استعماله فيها؟

الفئة الصيدلانية العلاجية

هذا الدواء مضاد للالتهابات ومهدئ (يخفف الألم)، على شكل جيل يطبق

على الجلد، فقط في المنطقة المولمة.

دواعي الاستعمال

يوصف هذا الدواء لدى البالغين في حالة التهاب أوتار الأعضاء العلوية

والسفلية (التهاب أوتار العضلات) في الؤدمات بعد عملية أو صدمة (التواء

المفصل، رض) وفي تخفيف ألم الفصال في الأصابع والركبتين.

2. ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل استعمال قولطارين إيموجيل

توبيك 1%، جيل؟

موانع الاستعمال

لا تستعمل أبدا قولطارين إيموجيل توبيك 1%، جيل في الحالات التالية:

• ابتداء من 25 أسبوعا من انقطاع الطمث (بداية الشهر السادس من

الحمل)؛

• في حالة الحساسية لهذا الدواء أو دواء مشابه، وخاصة مضادات

الالتهابات غير الستيرويدية الأخرى، الأسبرين؛

• في حالة حساسية لأحد المكونات؛