

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.

Prothèse 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

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° P19-0032268

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2466

Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☒ Autre

Nom & Prénom : SOUSSE Saïda

Date de naissance : 1954

Adresse : 30 rue Amine El ET 2 Rue Royale JARAB

Boingone

Tél. : 06680571004

Total des frais engagés : 61,50 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : SOUSSE Saïda

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

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 : CASABLANCA

Le : 25 Aout 2020

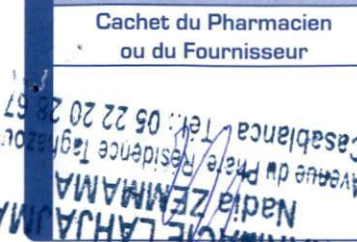
Signature de l'adhérent(e) :



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
	3-07-20	6450

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

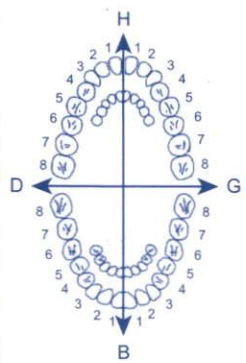
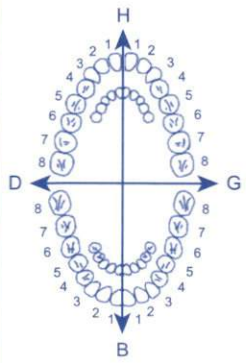
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



PHARMACIE LAHJAJMA
RESIDENCE TAGHAZOUT AV DU PHARE BOURGOGN

R.C :210940

Patente:35603144

T.V.A :40507890

C.N.S.S:2029602

Tél :0522293564

Le 30/07/2020

FACTURE N°664189

N° ICE : 001632880000001

SOUSSI SAIDA

N° IF :

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	DRILL SI TOUX SECHE AD SS	25,00	25,00	1,64	7,00
1	CETAMYL 1G/ 8CPS EFF	14,50	14,50	0,95	7,00
1	RHUMIX	22,00	22,00	1,44	7,00

Pharmacie Lahjaïma
210940 MA N°14
Avenue du Phare - Résidence
Taghazout Casablanca

TOTAL T.T.C :

61,50

Nbr Articles	TVA 7% Base :	61,50	Montant :	4,03	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	-------	-----------	------	----------------	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :
Soixante Un Dirhams et 50 centimes.

DRILL TOUX SECHE 15 mg/5ml ADULTES SANS SUCRE

(DCI : Bron

PPV (DH) : _____

LOT N° :

UT. AV. : 25,00

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice.
• Garder cette notice, vous pourriez en avoir besoin.
• Si vous avez d'autres questions, consultez votre médecin ou votre pharmacien.
• Ce médicament vous a été prescrit pour un usage unique ou pour un usage répété.
• Si l'un des effets indésirables mentionnés dans cette notice vous concerne, consultez votre médecin.

Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE DRILL TOUX SECHE 15 mg/5ml ADULTES SANS SUCRE ? ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE DRILL TOUX SECHE 15mg/5ml ADULTES SANS SUCRE ?
3. COMMENT PRENDRE DRILL TOUX SECHE 15 mg/5 ml ADULTES SANS SUCRE ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVEZ DRILL TOUX SECHE 15mg/5 ml ADULTES SANS SUCRE ?
6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES.

1. QU'EST-CE QUE DRILL TOUX SECHE 15mg/5 ml ADULTES SANS SUCRE ? ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmaco-thérapeutique

ANTITUSSIF

(R : système respiratoire)

Indications thérapeutiques

Traitement de courte durée des toux sèches et des toux d'irritation chez l'adulte (à partir de 15 ans)

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE DRILL TOUX SECHE 15mg/5 ml ADULTES SANS SUCRE ?

Liste des informations nécessaires avant la prise du médicament

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

Contre-indications

Ne prenez jamais DRILL TOUX SECHE 15mg/5 ml ADULTES SANS SUCRE

Vous ne devez pas prendre ce médicament si :

- Vous êtes allergique à l'un des constituants,
- Vous êtes asthmatique,
- Vous êtes insuffisant respiratoire,
- Vous êtes traité par les IMAO (médicaments prescrits au cours de certains états dépressifs),
- Vous allaitez.

EN CAS DE DOUTE, VOUS DEVEZ DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Mises en garde spéciales et précautions d'emploi

Faites attention avec DRILL TOUX SECHE 15mg/5 ml ADULTES SANS SUCRE

Mises en garde spéciales

- En cas de maladie chronique (au long cours) des bronches ou des poumons s'accompagnant de toux avec crachats, un avis médical est indispensables.
- Ne traitez pas par ce médicament une toux grasse. Dans ce cas, la toux est un moyen de défense naturelle nécessaire à l'évacuation des sécrétions bronchiques.
- Si la toux devient grasse, s'accompagne d'encombrement, de crachats, de fièvre, prenez l'avis de votre médecin.
- Ce médicament contient du maltitol liquide. Son utilisation est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au fructose (maladie héréditaire rare).
- Ce médicament contient du parahydroxybenzoate de méthyle (E218) et du parahydroxybenzoate de propyle (E216) et peut provoquer des réactions allergiques.

Attention ! Ce médicament contient de l'alcool : le titre alcoolique du sirop est de 1.3% soit 0,05 g d'alcool par mesure de 5 ml.

Ce médicament contient 1.3% V/V d'éthanol (alcool) c'est-à-dire jusqu'à 0,05g d'alcool par mesure de 5 ml. L'utilisation de ce médicament est dangereuse pour les sujets alcooliques et doit être prise en compte chez les femmes enceintes ou allaitant, les enfants et les groupes à haut risque tels que les insuffisants hépatiques ou les épileptiques.

N'utilisez ce médicament qu'avec précaution

• En raison de la présence d'alcool, un avis médical est nécessaire avant la prise de ce médicament en cas de maladie du foie ou d'épilepsie.

RHUMIX®

Poudre en sachets

Boîte de 10 sachets



Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament. Elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la consulter.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez besoin d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes similaires.

• Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous ressentez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Rhumix®

Boîte de 10 sachets

P.P.V. : 22,00 DH



6 118000 191032



Que contient cette notice ?

1. QU'EST-CE QUE RHUMIX®, ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE RHUMIX® ?
3. COMMENT PRENDRE RHUMIX® ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER RHUMIX® ?
6. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES.

1. QU'EST-CE QUE RHUMIX®, ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

PROPRIÉTÉS :

Elles procèdent de l'activité de ses 6 principes actifs :

- L'ibuprofène et le paracétamol exercent en complémentarité une action antalgique, antipyrétique et anti-inflammatoire (Ibuprofène).
- La chlorphénamine maléate, antihistaminique H1, réduit les rhinorrhées et larmoiements souvent associés aux éternuements.
- La pseudo-éphédrine agit en tant que α -sympathicomimétique, décongestionne les voies nasales et diminue la rhinorrhée.
- La caféine agit comme stimulant général et atténue l'effet sédatif et la somnolence liés à la chlorphénamine.
- La vitamine C renforce la résistance de l'organisme et agit comme anti-asthénique et anti-oxydant.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES :

RHUMIX® est indiqué dans le traitement symptomatique des :