

# 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.

## Diagnostique 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



# MUPRAS

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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 064865

ND: 140328

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10510 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AZZA EL ARABI CHOIRY

Date de naissance : 24/09/1955

Adresse : 7 passage IBN GHARI TISSIN 1 BERRECHID

Tél. : 0664 2978 94 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdelhadi EL KHALIL  
Médecin Généraliste  
Echographie Générale  
26, Bd. Brahim Boudani Hay Ezahra  
Tél. 0522 21 73 60 - BERRECHID

Date de consultation : 04/08/2020

Nom et prénom du malade : AZZA EL ARABI CHOIRY Age : 65

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

Nature de la maladie : SCIS b1 pic

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 : Berrechid Le : 04/08/2020

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*



# 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
04/08/20	C	Con	150,00 D.14	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Sihani Bd. des FAR Al Wahda BERRECHID Tél.: 0522 53 39 68	04/08/2020	113,20

# 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 de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H  25533412  00000000  D  00000000  35533411 </div> <div> H  21433552  00000000  G  00000000  11433553  B </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

Dr Abdelhadi EL KHAL

Médecine Générale

Suivi HTA et Diabète

Echographie - Suivi de Grossesse

Eléctro Cardiogramme



الدكتور عبد الهادي الكيحل

الطب العام

تتبع مرضى السكري و الضغط الدموي

الفحص بالصدى - تتبع الحمل

التخطيط الكهربائي للقلب

Berrechid, le 04/08/2020 برشيد, في :

Cholesteryl Ascorbate

76,20

1/ Voltaren 75 (NS)

1 - 0 - 1

37,00

2/ Duroxal (NS)

1 - 1 - 1

صيدلية سحر  
Pharmacie Sihra  
27, Bd. des FAR Al Wahda  
BERRECHID -  
Tél.: 0522 53 39 68

T = 113,20

Dr. Abdelhadi EL KHAL  
Médecin Généraliste  
Echographie Générale  
26, Bd. Ibrahim Roudani Hay Zahra  
Tél.: 0522 51 73 60 - BERRECHID

26, شارع إبراهيم الروداني, حي الزهرة, الطابق السفلي - برشيد - الهاتف: 05 22 51 73 60

26, BD Ibrahim Roudani, Hay Zahra - Rez de Chaussée - Berrechid - Tél: 05 22 51 73 60

## فولتارين 75 SR

أقراص ملبسة - علبة من 20 قرص

## فولتارين 100 LP

أقراص مغلفة - علبة من 10 أقراص

ديكلوفيناك الصوديوم

يرجى قراءة النشرة بعناية قبل استعمال هذا الدواء.

- حافظ على هذه النشرة لأنك قد تحتاج لقراءتها مرة أخرى.
- استشر الطبيب أو الصيدلي إذا كان لديك المزيد من الأسئلة أو إذا راودكم شك.
- وُصف لكم هذا الدواء شخصياً فلا تصفوه لأشخاص آخرين حتى وإن كانت أعراض مرضهم تشبه أعراض مرضكم لأنه يمكن أن يكون مضراً لهم.
- إذا تفاقمتم إحدى الأعراض الجانبية أو إذا لاحظتم أي أعراض جانبية غير مذكورة ف هذه النشرة، استشر الطبيب أو الصيدلي.

### محتويات النشرة

1. ما هو دواء فولتارين وفي أي الحالات يجب استعماله؟
2. ما هي المعلومات التي يجب معرفتها قبل استخدام دواء فولتارين؟
3. كيف يستخدم دواء فولتارين؟
4. ما هي الأعراض الجانبية المحتملة لدواء فولتارين؟



في حالة العلاج لفترات طويلة بدواء فولتارين (أكثر من 3-2 أسابيع)، من المهم أن تحترم الضوابط التي يقدمها الطبيب.

ينبغي توخي الحذر من قبل المرضى المسنين، وخاصة المرضى الواعين الطاعنين في السن أو الذين يعانون من انخفاض في وزن الجسم، فهم قد يكونون أكثر حساسية لأثار فولتارين، وبالتالي يجب أن يأخذوا أقل جرعة فعالة كإجراء وقائي.

الحمل والرضاعة:

الحمل

إذا كنت حاملاً أو تخططين للحمل، لا يمكنك أن تأخذي دواء فولتارين إلا بعد استشارة الطبيب. لا ينبغي أن يؤخذ فولتارين خلال الأشهر الثلاثة الأخيرة من الحمل.

الرضاعة

لا ينبغي أخذ دواء فولتارين أثناء الرضاعة الطبيعية ما لم يسمح الطبيب صراحة بذلك.

التأثير على القدرة على القيادة أو تشغيل الآلات

قد يؤثر هذا الدواء على ردود فعلك، وعلى قدرتك على القيادة وعلى استخدام الآليات!

عند الإحساس بالدوخة وعدم وضوح الرؤية وغيرها من اضطرابات الجهاز العصبي المركزي، عليك أن تتوقف عن قيادة السيارات أو استخدام الآلات واتصل بطبيبك على الفور.

سواء له تأثير معروف:

السكرورز

### 3. كيف يستخدم دواء فولتارين؟

يحدد الطبيب بشكل فردي الجرعة وطريقة استعمال الدواء وشدة الاضطرابات. يرجى اتباع إرشادات الطبيب المعالج. لا تتجاوز الجرعة الموصى بها أو من قبل الطبيب المعالج. تأثرين لأكثر من بضعة أسابيع، يجب عليك إبلاغ الطبيب لأنك لا تعاني من أي آثار جانبية.

تبدأ في بداية العلاج عادة في 100-150 ملغ خفيفاً أو خلال فترات العلاج الطويلة، تكفي 100-75 ملغ يومياً في معظم الأحيان، أي 1 قرص مغلف من فولتارين 75 أو 100 ملغ يؤخذ صباحاً أو مساءً.

12 2022

TDH77

Date  
lim. ut.:  
N° lot fab.:



في أي الد

تيزم غير  
ت والممكن

من أعراض

و التورم، يمنع بـ

حالاتهم جـ

الدواء مرة واحدة يومياً فقط

بسيط العلاج الطويل المدى.

فولتارين موجه بالخصوص للمرضى البالغين الذين تتطلب حالتهم جرعة يومية من 75 ملغ أو 100 ملغ. إمكانية أخذ الدواء مرة واحدة يومياً فقط بسيط العلاج الطويل المدى.



# DUOXOL® 500 mg/2 mg

Comprimé  
Boîte de 20

Paracétamol - Thiocolchicoside

- Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.
- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

## COMPOSITION :

Paracétamol.....	500 mg
Thiocolchicoside.....	2 mg
Excipients : .....	q.s.p..... 1 comprimé
Excipients à effet notoire : Amidon de blé, lactose.	

## DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament est préconisé dans :

- Traitement symptomatique de la douleur d'origine rhumatismale ou musculaire en traumatologie et gynécologie.
- Traitement d'appoint des contractures douloureuses au cours :
  - des affections vertébrales dégénératives et des troubles statiques vertébraux : torticolis, dorsalgies, lombalgies.
  - des affections traumatologiques et neurologiques (avec spasticité).

## ATTENTION !

### DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament ne doit pas être utilisé en cas :

- d'hypersensibilité au thiocolchicoside ou au paracétamol,
- de grossesse,
- d'allaitement,
- d'insuffisance hépatocellulaire,
- d'hypersensibilité à l'un des excipients du produit,
- chez l'enfant de moins de 15 ans.

## MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Chez les patients souffrant d'insuffisance hépatique et/ou rénale, d'affections cardiaques ou pulmonaires, éviter les traitements prolongés.

- Pour éviter la

ifier l'absence de paracétamol dans la composition d'autres médicaments.  
chez les patients épileptiques ou à risque de convulsions.  
a éventuellement réajuster la posologie.  
ment gastrique.

ments excédant 7 jours.

ANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

t contre-indiqué en cas de galactosémie congénitale, de syndrome de  
n lactose.

s chez les personnes allergiques au blé ainsi que des intolérances chez

DUOXOL 500mg/2mg

20 comprimés



S.  
DUOXOL  
En cas  
Examen  
La prise  
de la glycémie par la méthode de l'acide phosphotungstique et le dosage

## INTERACTIONS :

ON ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER  
MENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.  
phénicol.

aux, on peut l'administrer occasionnellement comme analgésique d'élection.

l'acide urique sanguin par la méthode à l'acide phosphotungstique et le dosage