

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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° W19-578733

46186

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9622 Société : R.A.H.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Abderrahman Satti

Date de naissance : 1959

Adresse : AV 09 AVRIL RUE SAJABIL ZKTOY MROS

TETOUAN

Tél. : 0688563133 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Med Mehdi BAGDOUJI
Spécialiste en O.R.L.
Av. d'Industrie Royal Air Maroc
Tetouan - Maroc

Date de consultation : 2020-10-13

Nom et prénom du malade : SATTI Abderrahman

Age : 61

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affec. O.R.L.

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-578733

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).


Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
2020-10-13	CS	01	28,20	INP : 161141262 Dr Med Mehdi BACHOUAI Spécialiste en O.R.L.

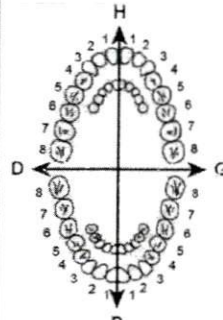
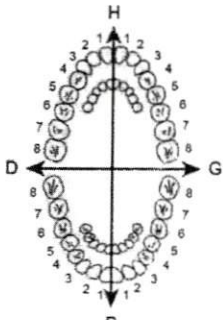
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13-10-20	196,20

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				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

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 l'ODF.																
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 161141262												
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															
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'EXECUTION														

Dr Med Mehdi BAGDOURI

**Spécialiste en O.R.L. & en
Chirurgie cervico - maxillo - faciale**

Place HAMAMA av. oued Loukous
rue 1 Résidence DIAR LHOUSNA
imm. 6 appt. 1 - Tétouan

0539703043



الدكتور محمد المهدي البكدوري

**إختصاصي في أمراض الأنف والأذن
والحنجرة وجراحة الوجه والعنق والفكين**

ساحة الحمامة شارع واد لوكوس زنقة 1
إقامة ديار الحسني عمارة 6 شقة 1 - تطوان

Tétouan le:

2020-10-13

تطوان في :

N° DOSSIER :

G10197 :

رقم الملف :

ABDERRAHMAN SATTI

Nom du patient :

عبد الرحمن السطي

اسم المريض (ة) :

للقاية من التهاب الحلق يجب اتباع النصائح التالية:

- تجنب تناول التوابل الحارة والقهوة والمنتجات والمشروبات الباردة والغازية .
- تجنب رائحة دخان السجائر أو التعرض لبرودة مفاجئة

1. SULPIDAL 50 mg comprimé (2 boîtes)

حبة واحدة ثلاث مرات في اليوم مدة 15 يوما

2. ZENMAG comprimés (1 boîtes)

حبة واحدة مرتان في اليوم قبل الأكل مدة 15 يوما

3. OROPROPOLIS spray (1Flacon)

رشة واحدة في الحلق 4 مرات في اليوم مدة 15 يوما

Pharmacie BIRQUINI
Habib AKTAOU
PHARMACIENNE
102, Av. Abdelhak Torres - Tétouan
Tél : 05 39 97 30 10

S.P.
Dr Med Mehdi BAGDOURI
Spécialiste en O.R.L.
Place Hamama - Tétouan

لا تنسوا إحضار هذه الوصفة خلال الاستشارات المقبلة، وشكرا.

ENmag® sirop

ne	Actif en mg / 15 ml	AJR * 15 ml
	381,2 mg	
	150 mg	50 %
	2 mg	100 %

LOT 20134FC12
PER 05/2023
PPC 84 70

ndé

é d'un
OMAG™,

ium le
et dont
x autres
à la

et
normal

Agiter avant utilisation.
1 à 3 cuillérées à café par jour.

Précautions d'utilisation :
- Une fois le flacon entamé, il doit être utilisé dans le mois suivant son ouverture.
- Contient une source de phénylalanine
- Ne dispense pas d'une alimentation équilibrée
- Tenir hors de portée des enfants

Fabriqué par Laboratoire Pileje
Distribué par Ramo-Pharm

Complément alimentaire n'est pas un médicament

Conseils d'utilisation :
- Stress, nervosité et anxiété
- Etats de fatigues psychiques
- Troubles du sommeil

زينمك® شراب

المميزات : زينمك® شراب يتألف من المغنيزيوم العضوي (Givomag™) فيتامين ب 6 وميليسا. يعتبر جيفوماك المغنيزيوم الأكثر والأسرع امتصاصاً والذي له حماية كافية. مزيج مع فيتامين ب 6 وميليسا يعمل على الاسترخاء ويشارك في الأداء الطبيعي للجهاز العصبي.

تحذيرات الاستعمال :

- بمجرد فتح القارورة، يجب استخدامها في الشهر نفسه.
- يحتوي على مصدر الفينيلالانين.
- لا تستغني عن اتباع نظام غذائي متوازن.
- بعيد عن متناول الأطفال.

مكمل غذائي وليس بواء
تم صنعه من قبل «بيلاج»
يوزع من قبل «راموفارم»

الشكل والتقديم : شراب قارورة من 150 ملل.

التركيب : ماء، الجليسيرين، المنغنسيوم غليسروفسفات، إفلويد ميليسا، حامض السويك مونوهيدرات، صمغ أكاسياتنان، سوربات البوتاسيوم، بنزوات الصوديوم، بيريدوكسين كلوريدات، نكهة الكراميل.

تصائح الاستعمال :

- التوتر، العصبية والقلق.
- التعب النفسي.
- اضطرابات النوم.

يخضع قبل الاستخدام

من ملعقة واحدة إلى 3 ملاعق صغيرة في اليوم

ZENmag® syrup

Pack size and presentation:

Syrup. Bottle of 150 ml.

Composition:

Water, glycerin, Magnesium Glycerophosphate (Givomag™), I fluid of Balm, citric acid Monohydrates, gom locust tree-xanthane (Thixogums), potassium sorbate, sodium Benzoate, Pyridoxine chlorhydrate (Vit B6), Aroma caramel.

Properties:

ZENmag® syrup is a well-balanced composition of organic magnesium the GIVOMAG™, the vitamin B6 and the balm, for relaxing action.

Advice for usage:

- Stress and anxiety
- Psychological and physical illnesses

- Sleeping troubles

1 in 3 teaspoons, a day

Directions:

- When opened, the syrup should be used during the month.

- Contains a source of phenylalanine
- Do not exempt from a balanced diet

- Hold out of reach children

Manufactured by Pileje Industrie
Distributed by Ramo-Pharm
Dietary product is not a medicine

PER
LOT
PPV

IDAL[®] 50 mg gélules

Sulpiride

QUANTITATIVE

50 mg

INDICATION

traitement de certaines formes d'anxiété chez l'adulte et dans le comportement de l'adulte et de l'enfant de plus de 6 ans.

CONTRAINDICATIONS

NE PAS UTILISER dans les cas suivants :

- troubles du rythme cardiaque,

- troubles du rythme cardiaque (notamment médullosurrénale provoquant une hypertension artérielle sévère),

- en association avec les antiparkinsoniens dopaminergiques.

Ce médicament NE DOIT GÉNÉRALEMENT PAS être utilisé, sauf avis contraire de votre médecin, pendant l'allaitement.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

b) MISES EN GARDE SPECIALES

En cas d'apparition de fièvre inexpliquée, de pâleur ou de forte transpiration, il est impératif d'alerter immédiatement un médecin ou un service d'urgence.

Afin de dépister un éventuel trouble cardiaque, votre médecin pourra être amené à vous faire pratiquer un électrocardiogramme.

Chez l'enfant, un suivi médical régulier est indispensable.

La prise de comprimé ou de gélule est contre-indiquée chez l'enfant avant 6 ans car il peut traverser et s'étouffer.

En raison de la présence de lactose, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas de galactosémie, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en lactase (maladies métaboliques rares).

c) PRECAUTIONS D'EMPLOI

Afin que votre médecin puisse adapter la posologie et/ou la surveillance de votre traitement ;

Il est nécessaire de le prévenir en cas de :

- maladie cardiaque,
- maladie de Parkinson,
- insuffisance rénale,

- antécédents de convulsions (ancienne ou récente), épilepsie.

La prise de boissons alcoolisées est fortement déconseillée pendant la durée du traitement.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

SULPIDAL[®] 50 mg
20 gélules



6

118000

180609

d) INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

e) GROSSESSE - ALLAITEMENT

Il est préférable de ne pas utiliser ce médicament pendant la grossesse.

Si ce médicament vous est prescrit au cours de la grossesse, respectez les doses et la durée de traitement établies par votre médecin.

Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité de le poursuivre.

L'allaitement est déconseillé pendant la durée du traitement par ce médicament.

D'UNE FAÇON GENERALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT, DE TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MEDICAMENT.

f) CONDUCTEURS ET UTILISATEURS DE MACHINES

L'attention est appelée, notamment chez les conducteurs des véhicules et les utilisateurs de machines, sur les risques de somnolence attachés à l'emploi de ce médicament.

g) LISTE DES EXCIPIENTS DONT LA CONNAISSANCE EST NECESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS

Lactose

4. COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT

a) POSOLOGIE

Réservé à l'adulte et à l'enfant de plus de 6 ans.

La posologie est variable et doit être adaptée à chaque cas.

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

b) MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

VOIE ORALE.

c) DUREE DU TRAITEMENT

SE CONFORMER A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

d) CONDUITE A TENIR EN CAS DE SURDOSAGE

En cas de prise d'une dose excessive de médicament, prévenir immédiatement un médecin ou un service d'urgence en raison du risque de survenue de troubles cardiaques graves.

5. EFFETS NON SOUHAITES ET GENANTS

CE MEDICAMENT PEUT CHEZ CERTAINES PERSONNES ENTRAINER DES EFFETS PLUS OU MOINS GENANTS :

- absence de règles, augmentation du volume des seins, écoulement de lait par le mamelon en dehors des périodes normales d'allaitement,
- impuissance, frigidité,
- prise de poids,
- somnolence,
- tremblements, rigidité et/ou mouvement anormaux,
- sensation de vertiges lors du passage de la position allongée ou assise à la position debout,
- troubles du rythme cardiaque,
- exceptionnellement : fièvre inexpliquée, sudation, pâleur, modification de la tension artérielle, altération de la conscience, rigidité musculaire (cf Mises en garde spéciales)

N'hésitez pas à demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien en cas d'effets non souhaités et gênants, en particulier :

6. CONSERVATION

NE PAS DEPASSER LA DATE LI

PPV

LOT

PER

28/20

et à signaler tout effet non souhaité.

IONNEMENT EXTERIEUR.