

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

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## otique :

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.

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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- 068749

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 500 49

Société : 4 6468

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Mme ABOU OBIDA KHADDOUT

Date de naissance : 19/01/1968

Adresse : DB WIDA D Bloc 501 n° 376 Hay HASSANI

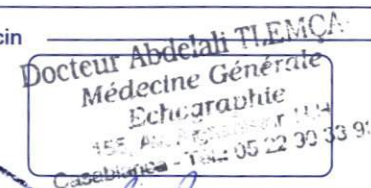
Tél. : 06 31 59 98 21

Total des frais engagés : 417,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/11/2020

Nom et prénom du malade : M. ABOU OBIDA KHADDOUT

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL



# 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
18/10/20		1	200,00	<i>Docteur Abdelali TLEMCANI</i> Médecine Générale Echouma Tél : 05 22 90 33 97

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE AL BOUSTANI</i> 580, Bd Ibn Sina Hay Hassani CASABLANCA Tél : 05 22 90 33 97	22/10/2020	217,00

## 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
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             H              25533412              00000000              D           </div> <div>             21433552              00000000              G           </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             00000000              35533411           </div> <div>             00000000              11433553           </div> </div> B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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'EXECUTION

Dr. ABDELALI TLEMÇANI

MEDECINE GENERALE

Echographie

155, Avenue Afghanistan

Hay El Hassani - Casablanca

Tél. : 05.22.90.33.90

الدكتور عبد الجالي التلمساني

الطب العام

أمراض النساء والرجال و الأطفال

الفحص بالتلفزة

155، شارع أفغانستان

حي الحسني - الدار البيضاء

الهاتف : 05.22.90.33.90

Casablanca, le

22 OCT. 2020

ABOU-OBIDA KHADDAG

Azir

STAN

PHARMACIE AL BOUSTANE  
580, Bd Ibn Sina Hay Hassani  
CASA BLA - NCA  
Tél. : 05.22.90.33.90

S.V.

S.V.

Docteur Abdelali TLEMÇANI  
Médecine Générale  
Echographie

155, Avenue Afghanistan  
Hay El Hassani - Casablanca  
Tél. : 05.22.90.33.90

PHARMACIE AL BOUSTANE  
580, Bd Ibn Sina Hay Hassani  
CASA BLA - NCA  
Tél. : 05.22.90.33.90

المرجو إحضار الوصفة عند المراقبة

33466

# Apixol®

## Spray gorge Adultes

à l'acéroïde (*Malpighia glabra*, maltodextrine) titre à 25% de vitamine C, huile essentielle de safran,  
sorbate de potassium, huile essentielle de menthe poivrée (*Mentha piperita*), huile essentielle de  
acide citrique, polyvinylpyrrolidone, gomme xanthane, sucralose.

### CONSEILS D'UTILISATION :

Réservé à l'adulte.

Introduire l'embout pulvérisateur dans la gorge. Administrer 2 à 3 pulvérisations. Répéter l'opération  
si nécessaire.

### PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Ne pas utiliser chez les personnes présentant une hypersensibilité ou une allergie aux produits de la ruche ou tout autre  
composant du produit



LOT



200200

2023/04

PPC : 89,50 DH



# Azix®

Azithromycine

## COMPOSITION ET PRESENTATION :

Comprimé 500 mg sécable, boîte de 3

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Traitement des infections dues aux germes sensibles :

- infections respiratoires hautes : otite moyenne, pharyngite;
- infections respiratoires basses (y compris bronchite);
- infections odontostomatologiques;
- infections cutanées;
- infections des tissus mous;
- urétrites et cervicites non gonococciques (chlamydia).

## CONTRE-INDICATIONS :

- Antécédents d'allergie à l'azithromycine et à ses dérivés;
- Insuffisance hépatique sévère.

## MISES EN GARDE :

- Toute manifestation allergique (éruption cutanée) au cours de traitement doit être signalée immédiatement;
- Signaler au médecin traitant toute allergie connue survenue lors de traitements par les antibiotiques;
- Ce médicament ne doit pas être utilisé chez les patients atteints d'une maladie hépatique;
- En l'absence de données, l'association avec d'autres médicaments n'est pas recommandée.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Prévenir le médecin traitant en cas de : Insuffisance hépatique, antécédents allergiques d'origine allergique, prise concomitante d'autres médicaments, allaitement.

## EFFETS INDESIRABLES :

- Troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhées et douleurs abdominales.
- Manifestations allergiques; prurit, rash cutané, oedème de Quincke.

## POSOLOGIE :

Se conformer à la prescription médicale.

Adulte et enfant de plus de 45 kg : 500 mg par jour, 1 comprimé de 500 mg en une prise par jour pendant 3 jours.

## MODE D'ADMINISTRATION :

Azix peut être pris pendant ou en dehors des repas.

## TABLEAU A (LISTE I).



bottu SA

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebaâ - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

AZIX® 500 mg  
Azithromycine

3 Comprimés sécables



6

# DASEN® 10 000 UI

MEDICAMENT

né enrobé

E ET QUAL

nésium,

dioxy

résist

µg c

rap

..10 000 unités\*  
étophtalate de

strat (caséine)

mateuse et fluidifiante

roches Noires - Casablanca

DASEN® 10 000 UI  
Serrapeptase  
40 Comprimés enrobés gastro-résistants  
6 118000 181064

osifin

FORM  
Compi

CLASS  
ENZYME  
(M : Systè  
(M : Systè

Exploitant/  
Laboratoire  
20-22, Rue Z

Lot N° :  
EXP :  
PPV :

## DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament, stimulateur des sécrétions bronchiques, est indiqué en cas d'affection respiratoire récente avec difficulté d'évacuer les crachats.  
Il est également utilisé pour traiter les endorses nasofaryngiennes.