

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

rmacie :

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.

cique :

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.

ntaire :

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.

ladie 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

Déclaration de Maladie : N° P19-0015623

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 1290 Société : Royal Air Maroc

Actif Pensionné(e) Autre : _____ Date de naissance : 01/07/1985

Nom & Prénom : Benkiran Hayam Adresse : 987 R1 Attab/nanou, Rondou Mohcine Ben C, apt 15

Tél. : 0661594180 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

PI. SQALLI Mohamed
Professeur de Pédiatrie
21, Place Charles Nicolle
Tél. 0522.26.07.20 / 26.90.07

Date de consultation : 11 DEC. 2020

Nom et prénom du malade : Benkiran Hayam Age : 3 Ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Syndrome de febrile Enfant

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) : _____

RELEVE 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 2 DEC 2020 | B. | | 80,00 | Dr. MESSILLI Mohamed Professeur de Pédiatrie Place Charles Nicolle 02-07-20/26-07-20/26-09-07 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fourmisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| Pharmacie Charles Nicolle 19, Place Charles Nicolle Tel: 05 22 47 56 44 / 05 22 40 20 41 | 12/12/20 | 167,60 |

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

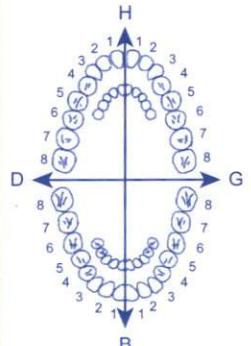
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |

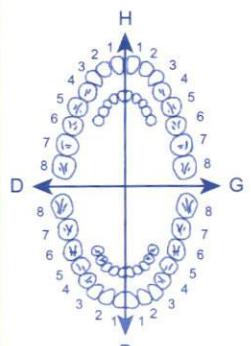
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaire, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | CCEFFICIENT DES TRAVAUX |
|---|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|  | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| MONTANTS DES SOINS | | | | |
| DEBUT D'EXECUTION | | | | |
| FIN D'EXECUTION | | | | |
| CCEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | |
| MONTANTS DES SOINS | | | | |
| DATE DU DEVIS | | | | |
| DATE DE L'EXECUTION | | | | |

| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | Determinations du Coefficient Masticatoire | H | G | CCEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | |
|---|---|----------|----------|-------------------------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|---|--|
|  | <p style="text-align: center;">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">H</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">25533412</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">D</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">B</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">G</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">35533411</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table> | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 00000000 | 00000000 | G | 35533411 | 11433553 | H | G | |
| | | H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | |
| | | D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | |
| | | B | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | |
| G | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Création, remont, adjonction) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE | | | | | | | | | | | | | | | | |

ID: 645679
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 139,20 DH
6 118001 140823

IOUSSAINI

ie
n Pédiatrique et

1 dose U. Ibn Rochd

1 vial with powder + 1
with s

1 flacon avec poudre + 1 ser
avec s

1 vial con polvo +

Asthme de l'Enfant

société Pédiatrique de Pneumologie

et d'Allergologie

الدكتور محمد صقلي حسيني

أستاذ جامعي في طب الأطفال

رئيس سابق لمصلحة إنعاش الأطفال

والمولود الجديد - مستشفى ابن رشد

اختصاصي في أمراض الأطفال والرضيع

أمراض المولود الجديد المستعجلات الطبية

تشخيص و علاج مرض الضيقه عند الأطفال

عضو جمعية الأطفال الختصة في الجهاز

التنفسية والحساسية

Casablanca, le
الدار البيضاء، في

12.12.2020

Enfant BENKIRANE Zineb

Age : 3 ans 4 mois

139,20

1 VACCIN PRIORIX (GSK)



28,40

2 APIRETIL SIROP (PARAC)(CONSER < 15)

Graduation à 15, 3 fois / jour, pendant 2 jours



167,60

Pharmacie Charles Nicolle
HEDYA TAK-TAK
99, Place Charles Nicolle
Casablanca
Tél.: 05 22 47 56 44 / 05 22 20 20 41

Dr SOAALI Mohamed
Professeur de Réadaptation
21, Place Charles Nicolle - Casablanca
Tél.: 05 22 26 07 20 - 06 61 14 98 84

Résidence Pasteur : 21. Place Charle Nicols (Face Institut Pasteur)1er étage - N°3 - Casablanca

Tél.: 05 22 26 07 20 / 05 22 26 90 07 -Fax : 05 22 29 78 67 -GSM: 06 61 14 98 84 -E-mail : azhoum@yahoo.fr

أبيرتيل 00
تسمية :

- الرجاء قراءة هذه النشرة قبل استخدام هذا الدواء.
- عليك دائمًا استخدام أبيرتيل 00 مل/مل لعلاج آلام.
- احفظ بهذه النشرة، قد تحتاج لقرتها مرة أخرى.
- أسأل الصيدلي للحصول على المنشورة أو المعلوماً.
- إذا تفاقمت الأعراض، أو إذا استمرت الحمى لأكثر من 3 أيام، اطلب العلاج.
- إذا تفاقمت أي من الآثار الجانبية، وإذا لاحظت



- ما هو أبيرتيل 00 مل/مل وفي أي حالات يتنا.
- ما هي المعلومات التي يجب أن تعرفها قبل تنا.
- كيف يجب تناول أبيرتيل 00 مل/مل؟
- ما هي الآثار الجانبية المحتملة؟
- كيف تحافظ على أبيرتيل 00 مل/مل؟
- معلومات إضافية

1. ما هو أبيرتيل 00 مل/مل وفي أي حالات يتنا.
الصنف الصيدلاني الدوائي
أبيرتيل 00 مل/مل محلول شراب ينتهي
يصلح هذا الدواء لعلاج أعراض الألم الخفيف

2. ما هي المعلومات التي يجب أن تعرفها قبل تنا.
لا تأخذ أبيرتيل 00 مل/مل محلول شراب
إذا كانت لديك حساسية (حساسية شديدة)
إذا كان لديك مرض الكبد.

احتياطات خاصة مع أبيرتيل 00 مل/مل محلول

استهلاك الشريونات الكحولية في وقت واحد مع الباراسيتامول قد يسبب تلف الكبد.

ينبغي القيام بانتظام بمراقبة الكبد ووظائف الكلى خلال علاج لفترات طويلة أوأخذ جرعات عالية من الباراسيتامول.

إذا كان يعني الطفل من مرض في الكلى والقلب والرئتين أو فقر الدم، يجب استشارة الطبيب قبل إعطاء هذا الدواء.

إذا استمرت الأعراض لأكثر من 3 أيام أو ازدادت سوءاً، أو إذا ظهرت أعراض أخرى لم يرد ذكرها في هذه النشرة، توقف عن استخدامه وراجع طبيبك العالج.

تناول الطعام، إنما يأخذ بالفعل أدوية أخرى، من فضلك انظر أيضاً إلى الفقرة التي تخص "استخدام أدوية أخرى".

ذلك الأدوية التي تم الحصول عليها بدون وصفة طبية، آخر به الطبيب العالج، الواقع
أفعاله وأدائه واحد من الأدوية أو تعرى من العقل لتاثير غير مرغوب فيه، على وجه
الحال، الفعالة التالية التالية، لأنه قد يكون من الضروري تعدل الجرعة