

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 106194

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SAMIA RAEHID

Date de naissance : 15/05/1971

Adresse : HAY SALAM 189 AGADIR

Tél. : 0610338781

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:
(A blue stamp from the medical office is visible here)

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : X

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

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 **M22-0056826**

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 :

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
14/08/2019	Cent		500.00	<i>[Handwritten signatures and stamp]</i> DR. MOSTAPHA ATTAF CHIRURGIEN CLINIQUE TILILA TÉL: 05 28 23 02 02 TNP 04 01 15371

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie 14 - 1 AM Bd. Hassan II, Agadir - Maroc place Khalifa, Chellah - Agadir Tél: 05 22 22 22 22 042052019	14-8-27	271.30

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	

VOLET ADHERENT

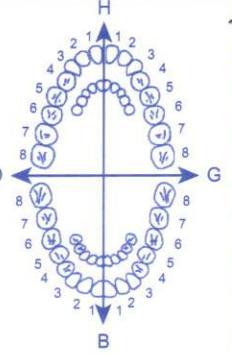
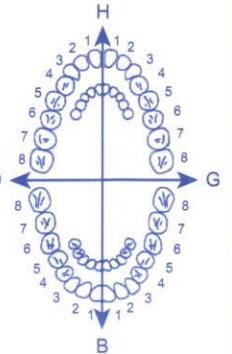
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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'EXECUTION

CLINIQUE TILILA



مصحة تيللا

14/08/23

INPE
047015371

Dr. Mostapha AIT AF
CHIRURGIEN
CLINIQUE TILILA
Tél: 05 28 23 02 02
- AGADIR

TILILA

82,10

Saadi:

43yo

①

INDUML

20

1 Q5 x 7

88,10

②

TROJON

enf

2,5 x 35 x 7

CLINIQUE TILILA

©

C.P.H Sidi Mohamed Rue Oujjaj - AGADIR
Tél: 05 28 23 65 30 / 05 28 23 02 02
Fax: 05 28 23 02 04 - E-mail: P.H.Sidi.Mohamed.Rue.Oujjaj.AGADI@wanadoo.fr

③

VOLPENO

SUP 5

1 SUP x 35 x 3

89,80

④

ABDIGOG

10h 9 3

CLINIQUE TILILA

QUARTIER SIDI MOHAMED - RUE OUJJAJ - AGADIR - tel : 05 28 23 65 30 / 05 28 23 02 02

FAX : 05 28 23 02 04 - E-mail: P.H.Sidi.Mohamed.Rue.Oujjaj.AGADI@wanadoo.fr

Tel: 05 28 23 65 30 / 05 28 23 02 02

URGENCES 24h/24

مستعجلات



COOPER
PHARMA

6 118000 081074



10 Suppositoires

تحاميل

10 x

MOGALENE® 5 mg

ME TOP PHARMA 1980

فوگالين®

ميطوسيمازين

ملغ 5

عن طريق الشرج

LOT : 230493
PER : 05-2026
PPY : 11-30DH

TIORFAN®

ENFANTS 30 mg Racécadotril

Composition : racécadotril 30 mg pour un sachet-dose.

Excipients : QSP UN SACHET-DOSE

Excipient à effet notable : saccharose (2,899g par sachet-dose).

Poudre orale en sachet-dose. Boite de 30.

Voie orale.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants

Produit sous licence bioprojet

الصانع والمعبأ /
SOPHARTEX 21, rue du Pressoir -
28500 Vernouillet France

Titulaire de l'AMM au Maroc /
صاحب رخصة التسجيل في المغرب

Laboratoires Maphar

Km 10, route côtière 111

Quartier industriel,
Zenata-Ain Sebaâ

Maroc

TIORFAN® 30mg
Boite de 30 sachets-dose
P.P.V : 88.10 Dhs



6 118001 184651

Maphar
Km 10, route côtière 111
QI-Zenata, Ain Sebaâ, Casablanca

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
يح احترام الجرعات الموصوفة

Ce médicament est inscrit sur la liste I.
Il ne peut être obtenu que sur ordonnance médicale.

هذا الدواء مسجل على القائمة I.
لا يعطى إلا بناء على وصفة طبية.

Abbott

Peremption : ٢٠٢٤/٠٩
09/2024
Date de fab. : ٢٠٢٢/١٠/١٥
10/2022
Lot : ٢٨٦٣
SXE2869

EXP 12-2025
LOT ZEMA

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier brou ai aquam roches
noires casablanca
INEXUM

10 mg Cg GR
B614 14
6401DMP/2INRC P.P.V: 82,10 DH
6 119001 020591



Lot N°:

H0029
11/2023

Date d'expiration :

Fabriqué par : ERBOZETA S.p.A.
Strada della Seriole, 41/43
47894 Chianova
République de saint-Marin

Sous Licence de : AB-BIOTICS S.A.
Esade Creapolis, Avinguda de la Torre Blanca, 57.
08172 Sant Cugat del valles, Barcelone, Espagne.

Classe pharmaceutique - code ATC : K07XA04. (A :
appareil digestif et métabolisme).
Ce médicament est un antidiarrhéique.
Tiorfan est indiqué chez l'enfant en complément de la
réhydratation orale dans le traitement symptomatique des
diarrées aiguës.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE TIORFAN 30mg, ENFANTS poudre orale en sachet-dose?

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucre, contactez-le avant de donner ce médicament à votre enfant, car ce médicament contient du saccharose.

Ne donnez jamais TIORFAN 30 mg ENFANTS poudre orale en sachet-dose

Si votre enfant est allergique (hypersensible) à la substance active ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnées dans la rubrique 6.

Avertissemens et précautions

Chez l'enfant, l'apparition d'une diarrhée c'est-à-dire l'augmentation du nombre de selles par jour nécessite une consultation médicale.

Ce traitement est administré en complément de la réhydratation orale et des règles hygiénico-diététiques. Vous devez consulter rapidement votre médecin dans les cas suivants :

- diarrhée supérieure à 6 selles liquides par jour ou qui dure plus de 24 heures ou qui s'accompagne d'une perte de poids ; votre médecin jugera alors de la nécessité de prescrire une réhydratation par soluté de réhydratation orale.
- présence de sang ou de glaires dans les selles en cas d'apparition de fièvre ;
- vomissements prolongés ou non contrôlés ;
- insuffisance rénale ou hépatique (défaillance des fonctions du rein ou du foie) ;

Ce médicament n'est pas indiqué si votre enfant souffre de

Mode d'administration

Voie orale

Fréquence d'administration

1er jour : une prise d'emblée puis trois prises réparties dans la journée.

Les jours suivants : 3 prises réparties dans la journée.

Durée du traitement

Le traitement sera poursuivi jusqu'au retour des deux premières selles moulées, sans dépasser 7 jours.

Respectez toujours la posologie indiquée par votre médecin. En cas de doute, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

liquides dues à la diarrhée, ce
avec un soluté de réhydratation
declin ou votrepharmacien si

utif de respecter les modalités
de reconstitution du soluté
ellement prescrit par votre
lls concernant l'alimentation.

AN 30 mg ENFANTS poudre
s n'auriez dû :

votre médecin ou votre

TIORFAN 30 mg ENFANTS

pour compenser la dose que
tre enfant. Poursuivez avec



ne 1/2 de donner TIORFAN 30 mg ENFANTS
dre orale en sachet-dose :

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

Vous devez arrêter de donner TIORFAN 30 mg ENFANTS à votre enfant et consulter immédiatement un médecin si votre enfant ressent des symptômes d'angio-oedème tels que :

- Gonflement du visage, de la langue ou du pharynx
- Difficulté d'avaler
- Urticaires et difficultés pour respirer.

Effets indésirables peu fréquents (rapportés chez au moins 1 patient sur 1 000 mais chez moins d'1 patient sur 100) :

- Rash et érythème

Fréquence indéterminée (ne peut être estimée sur la base des données disponibles) :

Érythème polymorphe (lésions rosâtres au niveau des extrémités et dans la bouche), œdème de la langue, œdème des lèvres, œdème des paupières, œdème de la face du visage, angio-œdème (inflammation sous cutanée touchant diverses parties du corps), urticaire, érythème noueux (inflammation prenant la forme d'un nodule sous la peau), rash pustuleux (éruption cutanée présentant des petites lésions dures et pustuleuses), prurit (démangeaisons affectant tout le corps), prurigo (lésions cutanées provoquant des démangeaisons).

Déclaration des effets secondaires

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le système national de déclaration : Cordonnées

Le : 14/08/2023

Références 3 126 / PAYANT

Entrée / Sortie : 14/08/2023 - 14/08/2023

Le Dr. ATTAF MOSTAFA

présente à . SAADI GHITA

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
400,00 Dhs QUATRE CENTS DIRHAMS

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués



Détail de pharmacie

Intranule	25,00
Perfuseur	15,00
Ss sale	11,90
S glucose	72,90
Andol 1g inj	75,20
TOTAL	200,00

CLINIQUE TILILA

RC: AGADIR N°4343 IF: 06902512 ICE:001541351000015
Cité prince Héritier Sidi Med, Rue Oujjaj AGADIR
Tél: +212 5282-30202/+212 5282-36531

F A C T U R E

N°: 3126 / 2023 du 14/08/2023

Nom patient **SAADI GHITA** Entrée 14/08/2023
PAYANTS Sortie 14/08/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	1,00		200,00	200,00
			<i>Sous-Total</i>	<i>200,00</i>
PHARMACIE	1,00		200,00	200,00
			<i>Sous-Total</i>	<i>200,00</i>
Total Clinique				400,00
DR. ATTAF MOSTAFA (chirurgien)	1,00		400,00	400,00
			<i>Sous-Total</i>	<i>400,00</i>
Total Autres prestations				400,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

HUIT CENTS DIRHAMS

Total 800,00

