

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-409228

ND: 31792

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2572

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUKHTARIF NASAT VENUE HAMDI BOUAZIZ

Date de naissance : 30.06.59

Adresse : 14 Bloc F DEROUA

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 :

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
19.05.26	Consult		300.D.H	INP : 1234567890 Signature du Médecin

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACH NACUIB <i>Dr Nadia</i> 234, Bd Abd Daouda Guita - Casablanca Tel : 05 20 00 25 95	19052020	181,50

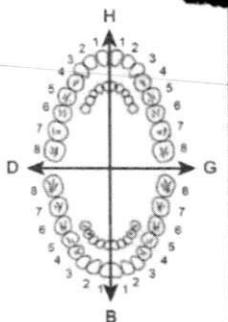
ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

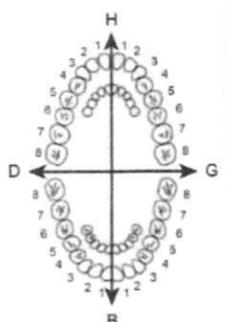
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
	35533411	11433553
		B

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MONTANTS DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

Dr.Erchidi El Yacoubi Ilham

Spécialiste en Gynécologie Obstétrique

Diplômée de la faculté
de médecine de Rabat

Accouchement - échographie 4D - chirurgie
gynécologique - endoscopie - stérilité du couple
Homéopathie - PMA - sénologie



الدكتورة الرشيدى اليقoubi الهمام

اختصاصية في أمراض النساء والتوليد

خريجة كلية الطب بالرباط

الفحص بالصدى 4D - جراحة أمراض الرحم - الجراحة المجهزة

فحص الرحم بالمنظار - أمراض الثدي - عقم الزوجين

Casablanca Le:

١٥/٠٦/٢٠

الدار البيضاء، فاس.

Dr Naguib Nagib

ج. ٧

١) fucidi — ١٣٤,٥٠

٢) سافريل ٤٧,٠٠

٣) سافريل TV ١٨١,٥٠

Saforelle®

COOPER PHARMA

PPC : 47,00 DH

فون: ٠٥ ٢٢ ٦٥ ٨١ ١٥ - جم: ٠٦ ٦٥ ٦٦ ٢٢ ٤٢
٢٥ لوتissement Chahdya Rue 2 1er étage Oulfa casablanca
ج. ٧ - ٢٥ لوتissement Chahdya Rue 2 1er étage Oulfa casablanca
Dr Naguib Nagib
334, Bd Nadia Daoura
Oulfa - Casablanca
٠٥ ٢٠ ٠٩ ٢٥ ٩٥

Tel: 05 22 65 81 15 Gsm: 06 65 66 22 42: 25 خزنة الشهيدية الزنقة 02 الطابق الأول الألفة الدار البيضاء الهاتف:

25 Lottissement Chahdya Rue 2 1er étage Oulfa casablanca

Tel: 05 22 65 81 15 Gsm: 06 65 66 22 42 : erchidi_ilham@yahoo.fr

فوسيدين® قرص مغلف

فوسيدات الصوديوم

الدواء كلام هذه النشرة يعتمد. قبل استعمال هذا الدواء لأنها تحتوي على معلومات تهمكم.

جديد.

مك، اطلب المزيد من المعلومات من الطبيب أو الصيدلي.
أي شخص آخر، حتى في حالة وجود نفس الأعراض لديه. فقد يضره ذلك.
نظام أعراض جانبية غير مذكورة في هذه النشرة، ابلغوا الطبيب أو الصيدلي.

ي دواعي استعماله ؟
ول فوسيدين 250 مغ، قرص مغلف ؟

Théâtre de l'AMM du Maroc : POLYMEDIC
Quartier Arsalane-Rue Amyot d'Inville
CASABLANCA-MAROC
FUCIDINE® 250 mg
Comprimé pelliculé
Boîte de 10 comprimés



6 118001 200511
PPV 134 DH 50

ف وما هي دواعي استعماله ؟

ب الكيميائي العلاجي التشريري (ATC) : J01XC01.

هذا الدواء عبارة عن مضاد حيوي يسمى بـ عائلة الفوسيدات و مادته الفاعلة هي فوسيدات الصوديوم.
يوصى هذا الدواء لعلاج بعض أنواع العدوى الناتجة عن جراثيم المكورات العنقودية

2. ما هي المعلومات التي يجب معرفتها قبل تناول فوسيدين 250 مغ، قرص مغلف ؟
لا تتناول أبداً فوسيدين® 250 مغ، قرص مغلف في الحالات التالية:

إذا كنت تعاني من الحساسية إزاء فوسيدات الصوديوم أو إزاء أحد المكونات الأخرى التي تدخل في تركيب هذا الدواء، مذكورة في الفقرة .6.

إذا كنت تناولت في نفس الوقت دواء مخفض لنسبة الكوليستيرول (خفض لنسبة الكوليستيرول) من عائلة الستاتين (التي تسمى أيضاً بمثبطات مختزلة -3- هيدروكسي-3- ميثيل جلوتاريل قيم الإنزيم) بسبب الخطير المتزايد للإصابة بالأثار الجانبية العضلية.

و السيمافاستاتين بسبب الخطير المتزايد للإصابة بالأثار الجانبية (انظر أيضاً فقرة تحذيرات خاصة و احتياطات الاستعمال).

تحذيرات خاصة و احتياطات الاستعمال

استشر الطبيب أو الصيدلي قبل استعمال فوسيدين 250 مغ، قرص مغلف.

يجب عدم تناول هذا الدواء بالتزامن مع الأدوية المخفضة لنسبة الكوليستيرول في الدم من عائلة الستاتين (التي تسمى أيضاً بمثبطات مختزلة -3- هيدروكسي-3- ميثيل جلوتاريل قيم الإنزيم) بسبب الخطير المتزايد للإصابة بالأثار الجانبية العضلية.

في بعض الحالات النادرة، قد تكون هذه الآثار الجانبية العضلية خطيرة، بما في ذلك الآثار العضلية التي قد تؤدي إلى إصابة كلوية من المحمّل أن تكون مميتة (انظر الفقرة لا تتناولوا فوسيدين 250 مغ، قرص مغلف).

بالناتي، إذا كنت تتناول دواء من عائلة الستاتين، سيررر الطبيب إذا كان من المستحسن إيقاف العلاج بالستاتين مؤقتاً قبل الشروع في العلاج بفوسيدين. في هذه الحالة، من الممكن استئناف العلاج باستعمال الستاتين 7 أيام بعد نهاية العلاج باستعمال فوسيدين.

في حالة الشعور بألم عضلي، حساسية عضلية مؤلمة أو ضعف عضلي، يجب استشارة الطبيب على الفور.

إذا ظهر لديك طفح جلدي شديد مصحوب بأعراض عامة أخرى (مثل الحمى أو التعب) أو في حالة ظهور فقاعات على الجلد، جروح في الفم أو التهاب العينين، يجب الاتصال بالطبيب على الفور لأن هذه الآثار قد تهدد الحياة.

قد يتطلب استعمال هذا الدواء الخضوع للمراقبة الطبية، بالخصوص لدى الأطفال حديثي الولادة أو الأشخاص المصابة بمرض كبدى.

في حالة ظهور يرقان، يجب إبلاغ الطبيب على الفور.

إذا كنت تخضع للعلاج ضد فيروس العوز المناعي البشري، يجب عليك إعلام الطبيب قبل الشروع في العلاج باستعمال فوسيدين (انظر فقرة «الأدوية الأخرى» و فوسيدين 250 مغ، قرص مغلف).

يحتوي هذا الدواء على الصوديوم. يحتوي هذا الدواء على 11 مغ من الصوديوم في كل قرص. يجب أخذ ذلك بعين الاعتبار من طرف