

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.



MUPRAS

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

Declaration de Maladie

N° W19-532383

35365

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12297 Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZERRARI MOUMCINE

Date de naissance : 22/03/83

Adresse : Residence BEVERLY HOUSE A10 EL MANOURIA

Tél : 0671461437 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29 JUL 2020

Nom et prénom du malade : ZERRARI MOUMCINE Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : VC

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'at. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casa Le : 28/07/20

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

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

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
25/06/2020			250	INP: [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
[Signature]	25/06/2020	836,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

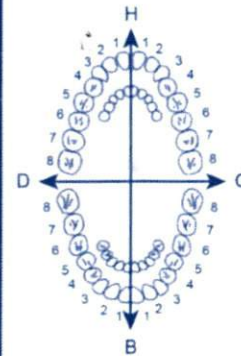
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

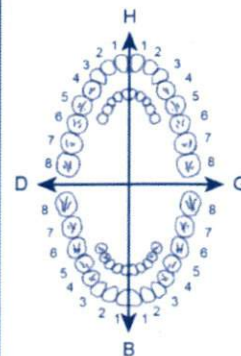
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Dr Mohamed SEDIRA PEDIATRE

Prématuré - Nouveau né - Nourrisson - Enfant
Diplômé de la faculté de Médecine de Paris
Médecin de Sport

15, Avenue des F.A.R
1er étage. App. N°4 - Mohammedia
Tél.: C. : 05 23 31 06 08
Urgence : 06 63 44 32 71



الدكتور محمد سديرة

طب الأطفال

الرضيع - الأطفال
خريج كلية الطب بباريس
الطب الرياضي

15. شارع الجيش الملكي
الطابق الأول - شقة رقم 4 - المحمدية
05 23 31 06 08 : العيادة
06 63 44 32 71 : المستعجلات

Mohammedia, le

Je soussigne, Dr

Certifie avoir reçu

Pour la consultation de l'enfant

المحمدية, في:

Zennam Sunday

Dolo stop. 110g
1/1 M+0384
Sterogyl 10g
1/1 M+0384
PREVENAR 13.

PREVENAR 13 SUSP INJ
P.P.V : 814DH00

6118001171057

Laboratoires
Pfizer S.A.

PHARMACIE ORTHOPEDIQUE
DU MAGASIN
AL TAZI YOUNES
15, AVENUE DES F.A.R
05 23 32 24 65 / 06 63 44 32 71

90°

130°

814.00

8360.00

Sterogyl® 15 "H" 600 000 UI/1,5 ml,
solution injectable IM en ampoule
Ergocalciférol

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament. Elle contient des informations importantes pour votre traitement.

Faites atte

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

- Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseil adressez-vous à votre pharmacien.

- Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez un médecin - Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés de cette notice, ou si vous ressentez un des effets mentionnés comme étant grave, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien

Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE STEROGYL 15 "H" 600 000 UI/1,5 ml, solution injectable IM en ampoule ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER STEROGYL 15 "H" 600 000 UI/1,5 ml, solution injectable IM en ampoule ?
3. COMMENT UTILISER STEROGYL 15 "H" 600 000 UI/1,5 ml, solution injectable IM en ampoule ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES ÉVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER STEROGYL 15 "H" 600 000 UI/1,5 ml, solution injectable IM en ampoule ?
6. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES.

1. QU'EST-CE QUE STEROGYL 15 "H" 600 000 UI/1,5 ml, solution injectable IM en ampoule ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament contient de la vitamine D qui permet la fixation osseuse du calcium.

Il est indiqué dans le traitement et la prévention des carences en vitamine D chez l'adulte.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER STEROGYL 15 "H" 600 000 UI/1,5 ml, solution injectable IM en ampoule?



1. $\frac{1}{x^2} = x^{-2}$

PXOT : 190000
CPT : 13,0000

Grossesse

Du fait de la
prendre ce m
Demandez c
prendre tout

Liste des ex

3. COMMENTARY

Posologie

RESERVE A

La posologie

an

Mode et voie

Voie Intramusculaire

L'ammouille ne

Durée du tra

Ne pas renou

Dolostop®

Paracétamol

Suppositoires

100 mg 150 mg 200 mg 300 mg

Veuillez lire attentivement cette notice avant de donner ce médicament à votre enfant.

Elle contient des informations importantes concernant ce traitement.

Si les symptômes persistent, s'ils s'aggravent ou si de nouveaux symptômes apparaissent, demandez l'avis de votre pharmacien ou de votre médecin.

Cette notice est faite pour vous aider à bien utiliser ce médicament. Gardez là, vous pourriez avoir besoin de la relire.

1. QU'EST-CE QUE DOLOSTOP® suppositoire ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE :
ANALGESIQUES ET ANTIPYRETIQUES.

Indications thérapeutiques :

Ce médicament contient du paracétamol.

Il est indiqué en cas de douleurs d'intensité légère à modérée et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures.

Chaque présentation correspond à une tranche de poids.

Suppositoire à 100 mg : réservé au nourrisson pesant de 5 à 8 kg (environ de 2 à 9 mois)

Suppositoire à 150 mg : réservé au nourrisson pesant de 8 à 12 kg (environ de 6 à 24 mois)

VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS

Signalez que votre enfant prend ce médicament si votre médecin vous prescrit un dosage du taux d'acide urique dans le sang.

si votre enfant prend ou a pris un autre médicament y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien.

UTILISATION PENDANT LA GROSSESSE ET L'ALLAITEMENT

Grossesse — Allaitement

A titre indicatif le paracétamol dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant la grossesse ainsi qu'au cours de l'allaitement.

CETTE PRESENTATION N'EST PAS ADAPTEE A L'ADULTE.

3. COMMENT UTILISER DOLOSTOP® suppositoire ?

POSOLOGIE.	MODE	ET/OU	VOIES)
D'ADMINISTRATION, FREQUENCE			
D'ADMINISTRATION ET DUREE DU TRAITEMENT			

Posologie

La posologie de paracétamol dépend du poids de l'enfant; les âges sont mentionnés à titre d'information.

Si vous ne connaissez pas le poids de l'enfant, il faut le peser afin de lui donner la dose la mieux adaptée.

Le paracétamol existe sous de nombreux dosages, permettant d'adapter le traitement au poids de chaque enfant.

La dose quotidienne de paracétamol recommandée dépend du poids de l'enfant : elle est d'environ 60 mg/kg/jour, à répartir en 4 prises, soit environ 15 mg/kg toutes les 6 heures ou 10mg/kg toutes les 4h.

• **DOLOSTOP® suppositoire 100 mg :**

Nourrisson de 5 à 8 kg (environ de 2 à 9 mois).

La durée d'

- 5 jour

- 3 jour,

Si les douleurs de 3 jours traitement d'emploi).

INSTRUCT

PLUSIEUR

Ne pas don

la dose sim

4. QUEL

EVENUEL

DESCRIPT

Comme tous

est susceptible

le monde n'y soit pas sujet.

Dans certains cas

un

ali

gr

bi

il

con

Exceptionnellement,

nécessitant un contrôle ou

observées : taux anormalement bas de certains globules

blancs ou de certaines cellules du sang comme les

plaquettes pouvant se traduire par des saignements de

nez ou des gencives. Dans ce cas, consultez un médecin.

Avec la forme suppositoire, il y a un risque d'irritation

rectale ou anale.

NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN

Dolostop® 150mg
Boîte de 10 suppositoires



A32552

09,00