

# 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

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



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

## Déclaration de Maladie

N° P19-0026068

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0069201 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KHADIJA HASNAOUI

Date de naissance :

Adresse : Dist. KHALID, Rue 5 n°28 C.D. CASA

Tél. : 066640009 Total des frais engagés : 367,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. LAARIBI Samir  
Médecine Générale  
Bloc 104 El Koudia - Hay Mohammadi  
N° 28, Rue 59 - Casablanca  
Tél : 0522 61 77 81

Date de consultation : 17/03/2020

Nom et prénom du malade : KHADIJA HASNAOUI Age :

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

Nature de la maladie : Affection chronique

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) :



## EXECUTION DES ORDONNANCES

| EXECUTION DES ORDONNANCES  |                    |                                 |
|--|--------------------|---------------------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur<br><br>40 Cds ONCF Rue 2 Bloc<br>Cas - 141 Ds 22 et 1773 | Date<br>17/03/2020 | Montant de la Facture<br>977.00 |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

[illegible]

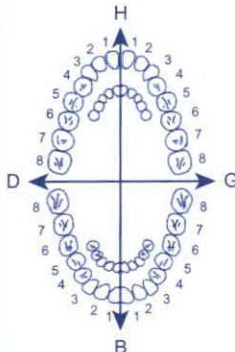
## AUXILIAIRES MEDICAUX

[illegible]

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

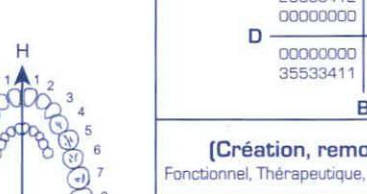
Important :

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'**

| SOINS DENTAIRES   |  | Dents<br>Traitées | Nature des<br>Soins | Coefficient        |                            |
|---|--|-------------------|---------------------|--------------------|----------------------------|
|  |  |                   |                     |                    | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX |
|   |  |                   |                     |                    |                            |
|   |  |                   |                     |                    |                            |
|   |  |                   |                     |                    |                            |
|   |  |                   |                     |                    | MONTANTS<br>DES SOINS      |
|   |  |                   |                     |                    |                            |
|   |  |                   |                     |                    |                            |
|   |  |                   |                     |                    |                            |
|   |  |                   |                     |                    | DEBUT<br>D'EXECUTION       |
|   |  |                   |                     |                    |                            |
|   |  |                   |                     |                    |                            |
|   |  |                   |                     |                    |                            |
|   |  |                   |                     | FIN<br>D'EXECUTION |                            |
|   |  |                   |                     |                    |                            |
|   |  |                   |                     |                    |                            |
|   |  |                   |                     |                    |                            |

**O.D.F**  
**PROTHESES DENTAIRES**

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE



|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| H                    |                      |
| 25533412<br>00000000 | 21433552<br>00000000 |
| D                    | G                    |
| 00000000<br>35533411 | 00000000<br>11433553 |
| B                    |                      |

**(Création, remont, adjonction)**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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'EXECU



الدكتور لعربي سمير  
Docteur Samir LAARIBI

الطب العام  
الفحص بالصدى

MEDECINE GENERALE  
ECHOGRAPHIE  
PHARMACIE EL INAYA  
Dr. QADRI NADIA  
80 Cite ONCF - Rue 2 - Bloc 11 - Bo. Mh. Mohammadi  
Casa - Tél. 05 22 24 17 75 - 05 22 24 17 76

17/03/2020 : الدار البيضاء، في:

HANNAH KIMATI

24/03

1/ STRESSAM STR

(S.V)

Agitation à 20 heures

24/03

2/ TRIBUTINE STR

(S.V)

avant  
10h30

1 Cueillette A tube x 3/0

3/ CARBONYLAN STR

10h30  
10h45  
10h50

Agitation (20g tube) / 03

TRIVAMINE STR

(S.V)

10h55  
11h00  
11h05

1cp / 03

Dr. LAARIBI Samir  
Medecine Générale  
104 El Koudia - Hay Mohammadi  
Rue 59 - Casablanca  
Tél. 05 22 61 77 81 - GSM: 06 67 07 51 16



# juvamin



24,10

## COMPOSITION

| Nom du médicament                                  |            |
|--|------------|
| TRIBUTINE® 0,787% granules pour suspension buvable | Trim par 5 |
| TRIBUTINE® 150 mg sachets                          | Trim par 5 |
| TRIBUTINE® 150 mg gélule                           | Trim par 5 |

## CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Antispasmodique musculotrope.

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ce médicament est indiqué dans le traitement du transit et de l'inconfort intestinal liés :

## CONTRE-INDICATIONS

Ne prenez **jamais** TRIBUTINE® :

- Chez l'enfant de moins de 2 ans.
- En cas d'hypersensibilité à la trimébutine.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI

Lot : 3180  
Mfg: 04-2010  
EXP.: 04-2022  
BIOCODEX MAROC PPV : 74,00 DH

# Stres

CHLORHYDRATE D'ETIFOXINE

**Veuillez lire attentivement ce médicament.**

- Gardez cette notice, vous pourriez en avoir besoin.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

## Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE STRESAM 50 mg, gélule ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE STRESAM 50 mg, gélule ?
3. COMMENT PRENDRE STRESAM 50 mg, gélule ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER STRESAM 50 mg, gélule ?
6. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

1. QU'EST-CE QUE STRESAM 50 mg, gélule ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?