

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-603918



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10006

Société :

57253

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHAHDOUNE HASSAN

Date de naissance :

05/07/1961

Adresse : LOT NESTONWA Rue 24 N° 43 HAY HASSAN

CASA

Tél. : 05 22 81 21 75

Total des frais engagés : 71,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

MUPRAS

JAN.
U.

Date de consultation

25 DEC. 2021

Nom et prénom du malade :

Age:

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 : CASA

Le : 27/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

 PHARMACIE AL HAKIM
<u>Dr. ALAOUI BOUCHRA</u>
100, Rue Angle 64/100 Lot. Sekelia Quita,
CASABLANCA - Tél : 0522 90 71 80 | 27/11/2020 | 71,30 |

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
		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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []																		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []																		
				MONTANTS DES SOINS []																		
				DEBUT D'EXECUTION []																		
				FIN D'EXECUTION []																		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX []																		
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2" style="border-top: none;"></td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">D</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2" style="border-bottom: none;"></td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">B</td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000			D		00000000	00000000	35533411	11433553			B		MONTANTS DES SOINS []
H																						
25533412	21433552																					
00000000	00000000																					
D																						
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
B																						
	<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS []																		
				DATE DE L'EXECUTION []																		

SA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



 PHARMACIE AL HAKIM
Dr. AL AQUI BOUCHRA
100, Rue Sidi El Maghrib - Bât 100 Lot. Sekelia Oulfa,
CASABLANCA - Tél : 0522 90 71 60

CAEA

20271M122

FACTURE N°

М. СААНДУНФ ХАССАН

Quantité	DESIGNATION	P.U.	MONTANT
01	DAZ em	47,80	47,80
01	Humen (c)	23,10	23,10
			71,90
 PHARMACIE AL HAKIM Dr. ALAOUI BOUCHRA 100, Bd. Prince Moulay Abdellah, Bécharia Oulfa, CASABLANCA. Tel: 0522.20.71.60			

PPV :

EXP :
Lot N° :

47,80

NT

® 10.000 UI

ASSEN® 10 000 UI, comprimé enrobé gastro-résistant

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

SERRAPEPTASE 10 000 unités*

Excipients : stéarate de magnésium, amidon de maïs, lactose, acétophthalate de cellulose, jaune orangé S (E110), dioxyde de titane, poloxamère 188.

Pour un comprimé enrobé gastro-résistant

* 1 unité correspond au nombre de µg de tyrosine libérée par 5 ml de substrat (caséine) en 1 minute à partir de 1 mg de serrapeptase.

FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé enrobé gastro-résistant, boîte de 40 .

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ENZYMOTHERAPIE à visée anticedémateuse et fluidifiante

(M : Système locomoteur)

(M : Système respiratoire)

Exploitant/Fabricant :

Laboratoires SYNTHMEDIC

20-22, Rue Zoubeir Ben Aouam. Roches Noires - Casablanca

DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament, modificateur des sécrétions bronchiques, est indiqué en cas d'affection respiratoire récente avec difficulté d'évacuer les crachats.

Il est également utilisé pour traiter les œdèmes consécutifs à un traumatisme ou une intervention chirurgicale.

ATTENTION !

DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE en cas d'allergie connue à l'un des constituants notamment à la serrapeptase (enzyme).

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPÉCIALES

En cas de réaction allergique, le traitement doit être arrêté immédiatement et définitivement.

Un avis médical est nécessaire :

- en cas de fièvre, de crachats gras ou purulents,
- si vous êtes atteint d'une maladie chronique (au long cours) des bronches et des poumons.

Ce traitement doit toujours être accompagné d'efforts volontaires de toux permettant de cracher. La prise simultanée d'un médicament destiné à calmer la toux est donc illégitime.

Ne pas prendre de médicament asséchant les sécrétions bronchiques durant la période de traitement.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

EN CAS DE DOUTE, NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS,

HUMEX

RHUME

COMPRIMÉS et GÉLULES

Lisez attentivement cette notice car elle contient des informations importantes.

- Ce médicament est une spécialité d'AUTOMEDICATION qui peut être utilisée sans consultation ni prescription d'un médecin.
- La persistance des symptômes, l'aggravation ou l'apparition de nouveaux troubles, imposent de prendre un avis médical.
- Garder cette notice, vous pourrez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.

COMPOSITION DU COMPRIME (pour le jour) :

Pour un comprimé

Paracétamol 500,00 mg
 Chlorydrate de pseudoéphédrine 60,00 mg
 Excipients : Cellulose microcristalline, Amidon prégalatinisé, Croscarmellose sodique, Stéarate de magnésium, Povidone K 30.

COMPOSITION DE LA GELULE (pour la nuit) :

Pour une gélule

Paracétamol 500,00 mg
 Maléate de chlorphénamine 4,00 mg
 Excipients : Talc, Croscarmellose sodique, Laurylsulfate de sodium, Silice colloïdale anhydre.

Composition de l'enveloppe de la gélule : dioxyde de titane, érythrosine, indigotine, gélatine.

FORME PHARMACEUTIQUE :

Comprimé et gélule.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE :

ANTALGIQUE périphérique / ANTIPIRETIQUE
 SYMPATHOMIMÉTIQUE / DECONGESTIONNANT NASAL

Par voie systémique

ANTIHISTAMINIQUE H1
 (R : Système respiratoire)
 (N : Système nerveux central)

DANS QUEL CAS POUVEZ-VOUS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament contient du paracétamol, de la pseudoéphédrine et la chlorphénamine.

Il est préconisé chez l'adulte (plus de 15 ans) comme traitement de courte durée au cours des rhumes avec maux de tête et / ou de fièvre, en cas de sensation de « nez bouché » et d'écoulement nasal clair.

ATTENTION !

DANS QUELS CAS NE DEVEZ-VOUS PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament est contre-indiqué chez l'enfant (moins de 15 ans).

VOUS NE DEVEZ PAS PRENDRE ce médicament :

- en cas d'allergie à l'un des constituants,
 - en cas de maladie grave de foie
 - en cas de maladie grave du cœur (hypertension artérielle sévère, angine de poitrine sévère),
 - en cas de risque de glaucome,
 - en cas de risque de rétention urinaire liée à des troubles urétro-prostatique (difficulté à uriner),
 - en association avec l'iproniazide (IMAO non sélectif).
- Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE, sauf avis contraire de votre médecin dans les cas suivants :
- en cas de traitement par la guanéthidine (antidépresseur),
 - pendant la grossesse, en cas de détresse fœtale ou d'hypertension artérielle maternelle,
 - pendant l'allaitement.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDES SPECIALES

NE LAISSER PAS CE MEDICAMENT A LA PORTEE DES ENFANTS.

Interrompre le traitement en cas de sensation d'accélération du cœur, palpitations, nausées.

PRECAUTIONS D'EMPLOI

En cas :

- d'écoulement nasal purulent,
- de persistance de la fièvre
- d'absence d'amélioration au bout de 4 jours de traitement, CONSULTEZ VOTRE MEDECIN.

Des précautions sont nécessaires :

- chez les personnes âgées
- en cas de maladie du cœur (notamment en cas d'angine de poitrine, hypertension artérielle) de maladie de la thyroïde (hyperthyroïdie), de maladie du foie, ou de maladie des reins, DEMANDEZ L'AVIS DE VOTRE MEDECIN AVANT DE PRENDRE CE MEDICAMENT, afin qu'il adapte votre traitement.

En cas d'intervention chirurgicale prévue, il convient d'interrompre le traitement quelques jours auparavant et de prévenir l'anesthésiste.