

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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 canaux, 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 canaux.

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

59453

Déclaration de Maladie : N° S19-0003749

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7906 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SOHAL Fatima Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 612 54 84 Total des frais engagés : 641,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Maladie Longue durée

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

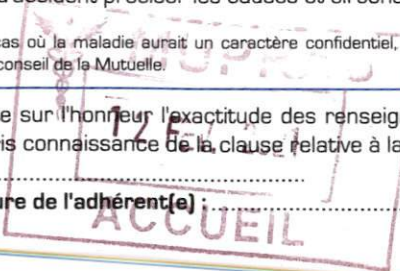
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/02/4	241,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

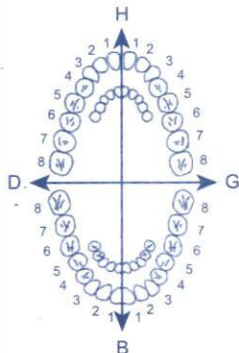
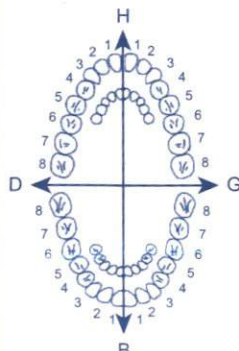
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION	
				FIN D'EXECUTION	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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'EXF



PHARMACIE IBN TAIMIA
LOT ALADARISSA N°119 SIDI MAAROUF CASA

PHD MICROBIOLOGIE
DEUS Dermopharmacie et Cosmetologie
DEUS Pharmacie Clinique

R.C : 337980

Patente: 36102085

T.V.A : 77300610

C.N.S.S: 2300771

Banque: 013780010710002170014148

Tél : 0522335225

Le 01/02/2021

FACTURE N°262117

N° ICE : 001683360000085

SOUAL FATIMA

N° IF : 77300610

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
4	CACIT 1000 MG 30 CPF	107,70	430,80	28,18	7,00
6	HYDROCORTISONE 10 MG 25 CPS	35,10	210,60	13,78	7,00

6 118001 040049
Fabricant :
HERMES PHARMA GmbH
ALLGAU 36 - 9400 WOLFSBERG
AUTRICHE
BOTTU SA PPV : 107 DH 70

6 118001 040049
Fabricant :
HERMES PHARMA GmbH
ALLGAU 36 - 9400 WOLFSBERG
AUTRICHE
BOTTU SA PPV : 107 DH 70

6 118001 040049
Fabricant :
HERMES PHARMA GmbH
ALLGAU 36 - 9400 WOLFSBERG
AUTRICHE
BOTTU SA PPV : 107 DH 70

6 118001 040049
Fabricant :
HERMES PHARMA GmbH
ALLGAU 36 - 9400 WOLFSBERG
AUTRICHE
BOTTU SA PPV : 107 DH 70

TOTAL T.T.C :

641,40

Nbr Articles	TVA 7% Base :	641,40	Montant :	41,96	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	--------	-----------	-------	----------------	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :
Six Cent Quarante Un dirhams et 40 centimes.

FORMATION DE L'UTILISATEUR

Hydrocortisone Roussel® 10 mg, comprimé

Lisez attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.
Lisez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
Posez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
Ce médicament vous a été personnellement prescrit.
Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur nuire, même si les signes de leur maladie vous semblent disparus.

Si vous avez des effets indésirables, consultez votre médecin ou votre pharmacien. Ceci concerne aussi tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

Comment prendre ce médicament :

Prenez Hydrocortisone Roussel et dans quels cas

Consultez votre médecin pour les informations à connaître avant de prendre Hydrocortisone Roussel

Connaître les effets indésirables éventuels

Comment conserver Hydrocortisone Roussel

Contenir l'emballage et autres informations.

QUE Hydrocortisone Roussel ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ

- Ce médicament contient du lactose. Son utilisation est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au galactose, un déficit en lactase de Lapp ou un syndrome de malabsorption du lactose (maladies héréditaires).

Avant le traitement, pré

Si vos reins ne fonctionnent pas, il est important de garder

Pendant et après le traitement

- Prévenez le médecin qui vous prescrit ce médicament si vous devez subir une intervention chirurgicale ou si vous êtes dans une situation de stress (fièvre, exposition à une chaleur importante, infection, maladie, traumatisme). Dans ces cas, votre médecin pourra décider d'augmenter les doses.
- Les corticoïdes oraux ou injectables peuvent aggraver l'apparition de tendinite ou de tendinopathie (douleur, gonflement, rougeur, chaleur, limitation de la mobilité) au niveau des tendons.

Prévenez votre médecin si vous avez des symptômes de diabète (soif, augmentation de la fréquence des mictions, vision floue ou d'autres troubles visuels).

Prise ou utilisation d'autres médicaments

Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez, avez récemment pris ou pourriez prendre tout autre médicament.

Grossesse et allaitement

Votre médecin peut être amené, si nécessaire, à vous

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Hydrocortisone 10mg b/25 c/l
P.P.V : 35,10 DH
6 118001 182909

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Hydrocortisone 10mg b/25 c/l
P.P.V : 35,10 DH
6 118001 182909

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Hydrocortisone 10mg b/25 c/l
P.P.V : 35,10 DH
6 118001 182909

FORMATION DE L'UTILISATEUR

Hydrocortisone Roussel® 10 mg, comprimé

Lisez attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.
Lisez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
Posez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
Ce médicament vous a été personnellement prescrit.
Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur faire du mal, même si les signes de leur maladie vous semblent disparus.

Si vous avez des effets indésirables, consultez votre médecin ou votre pharmacien. Ceci concerne aussi tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

Comment prendre ce médicament :

Prenez Hydrocortisone Roussel et dans quels cas

Consultez votre médecin pour les informations à connaître avant de prendre Hydrocortisone Roussel

Connaître les effets indésirables éventuels

Comment conserver Hydrocortisone Roussel

Contenir l'emballage et autres informations.

QUE Hydrocortisone Roussel ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ

- Ce médicament contient du lactose. Son utilisation est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au lactose, un déficit en lactase de Lapp ou un syndrome de malabsorption du lactose (maladies héréditaires).

Avant le traitement, pré

Si vos reins ne fonctionnent pas, il est important de garder

Pendant et après le traitement

- Prévenez le médecin qui vous prescrit ce médicament si vous devez vous exposer à une chaleur importante, infection, maladie, traumatisme). Dans ces cas, votre médecin pourra décider d'augmenter les doses.
- Les corticoides oraux ou injectables peuvent provoquer l'apparition de tendinite ou de tendinopathie (exceptionnellement, ils peuvent provoquer des douleurs articulaires).

Prévenez votre médecin si vous avez des troubles visuels, un flou ou d'autres troubles visuels.

Prise ou utilisation d'autres médicaments

Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez, avez récemment pris ou pourriez prendre tout autre médicament.

Grossesse et allaitement

Votre médecin peut être amené, si nécessaire, à vous

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Hydrocortisone 10mg b/25 cpl
P.P.V : 35,10 DH
6 118001 182909

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Hydrocortisone 10mg b/25 cpl
P.P.V : 35,10 DH
6 118001 182909

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Hydrocortisone 10mg b/25 cpl
P.P.V : 35,10 DH
6 118001 182909