

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.

MUPRAS : Centre Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W21-611932

62.234

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8146 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BAKDID SAID

Date de naissance : 28/01/1969

Adresse : RESIDENCE EL NANAHAH IMH 13N°03
SIDI BERNOUSSI

Tél. : 0673748914 Total des frais engagés : 130,00 + 388,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DE THAM EL KANIAR
Médecin Généraliste
Fadila C1 Appt 3 Qods
Sidi Bernoussi - Casablanca
Tél 0522 73 20 65

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BAKDID SAID Age :

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

Nature de la maladie : Sciatique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : 04103121 CASAB

Signature de l'adhérent(e) : Le : 04103121



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
18/04/2011	G		139,00 A.T.	INP : [] [] [] [] [] Dr. Ilham EL KANJAR Médecin Généraliste C.I Appr 3 Quds Fadila - Casablanca 1718

1870/24 G

13000

INP : _____

Dr. Itham EL KANJAR
Médecin Généraliste
Fadila CI Appt 3 Quds
Sidi Bernaoussi - Casablanca
Tél : 0522 73 20 65

[illegible]Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date _____

Montant de la Facture

186221

382,00

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

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires[illegible]

Cachet et signature
du Particien

Date des Soins

Nombre

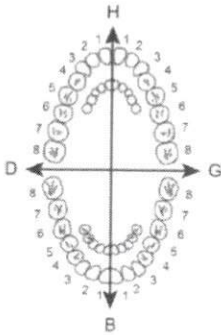
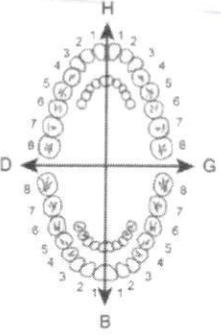
Montant détaillé
des Honoraires

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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.

INP :

--	--	--	--	--	--	--	--

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées[illegible]

Coefficient

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			G
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		R	

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur **Ilham EL KANIAR**

MÉDECINE GÉNÉRALE

Fadila - Hay El Qods - Imm. C1

Appt. 3 - Rdc - Bernoussi

Casablanca - Tél.: 05 22 73 20 65

الدكتورة **إلهام الكنيار**

الطب العام

الفضيلة - حي القدس - عمارة C1

الشقة 3 - الطابق السفلي - البرنوصي

الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 73 20 65

ORDONNANCE

Casablanca, le : 20/02/2021 : الدار البيضاء، في:

BAC 1500 SA 20

76,20
1)

Voltaire AT 10

Ap x 4 (3j)

jus 10/15 (4j)

22,00
2)

Cedol 10

Ap x 3j

255,00
3)

ALYSE 75 p

1p/levin

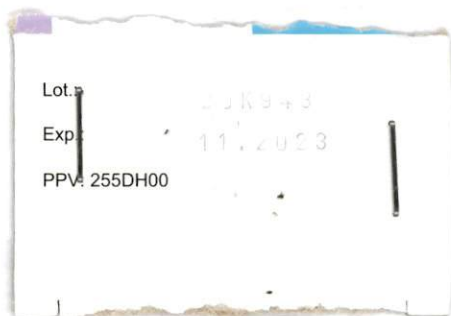
28,80
4)

Vitamine 10

Ap x 3j

382,00

DR. Ilham EL KANIAR
Médecin Généraliste
Fadila - Hay El Qods - Imm. C1
Sidi Bernoussi - Casablanca
Tél: 05 22 73 20 65



Polyvinylpyrrolidone K 30, PH
Saccharose en poudre
Solution de pelliculage :
Cellulose-HP-M 603 (Hypromellose)
Oxyde de fer rouge
Polysorbate 80
Talc PH
Dioxyde de titane
Polyethylene glycol 8000
Saccharose, cristallisé
Solution opaque d'impression, noire, 8015

اسم وعنوان المؤسسة الصيدلية الحاصلة على
الترخيص بالمغرب

Novartis Pharma Maroc

82, Boulevard Chefchaoui
Quartier Industriel d'Aïn Sebaâ
20590 Casablanca
Maroc.

اسم وعنوان المصنع

Voltarene SR 75 mg :

Novartis Pharma Stein AG
Schaffhauserstrasse 4332 Stein- Suisse.
Novartis Pharma S.P.A Via Provinciale
Schito 131 80058 Torre Annunziata (NA),
Italie.

Voltarene LP 100 mg :

Novartis Pharma Stein AG
Schaffhauserstrasse 4332 Stein, Suisse

تمت آخر مراجعة لهذه النشرة:
فبراير 2019 (2017-PSB/GLC-0907-s)

شروط التسجيل والتسليم:
دواء خاضع لوصفة طبية الجدول C (القائمة II)

معلومات مخصصة لمهنيي الصحة:
انظر ملخص خصائص المنتج.

طبيب

ض

نسيق

غور.



6 118001 030408

○ VOLTARENE® SR 75 mg

Comprimés enrobés

PPV : 76.20 DH

تعرف باسم البورفيريا.

إذا انطبقت عليك إحدى

قبل البدء في أخذ

إذا واجهت أثناء اس

مشاكل في القلب أو

في التنفس، وضعف

أخبر الطبيب أو الم

- تعاني من أمراض أخرى

- تعاني من حساسية

- تأخذ أدوية أخرى للاستعمال الداخلي أو الخارجي (بما فيها الأدوية التي تأخذها دون وصفة طبية).

- تأخذ الأدوية التالية على وجه الخصوص:

'الليثيوم' أو 'مضطبات استرداد السيروتونين الانتقائية' (لعلاج الاكتئاب)، 'الديجوكسين' (ضد مشاكل في القلب)، مدرات البول (لزيادة حجم البول)، 'حاصرات بيتا' أو 'مضطبات ECA' (ضد ارتفاع ضغط الدم والمشاكل في القلب)، وغيرها من مضادات الالتهاب مثل 'حمض الصفصاف' أو 'الإيبوبروفين'، 'الستيرويدات القشرية'، أدوية لتخفيف الدم (مضادات التخثر)، وأدوية مستخدمة لعلاج داء السكري (مثل 'المتفورمين') باستثناء 'الانسولين'، 'الميثوتريكسات' (الأدوية المستخدمة لعلاج التهاب المفاصل والسرطان)، 'السيكلوسبورين' أو 'التاكروليموس' (في حالة زرع الأعضاء)، 'التريميثوبريم' (وهو دواء يستخدم لعلاج التهابات المسالك البولية)، المضادات الحيوية من مجموعة 'الكنولون' (الأدوية المستخدمة في حالة العدوى)، أو 'الفوريكونازول' (دواء يستخدم لعلاج التهابات الفطرية)، 'الفينيتوين' (دواء يستخدم لعلاج نوبات الصرع) أو 'الريفامبين' (مضاد حيوي يستخدم لعلاج التهابات البكتيرية).

يُمكن لدواء فولتارين أن يقلل من علامات العدوى (الصداع أو ارتفاع درجة حرارة الجسم)، وبالتالي تعقيد الكشف والعلاج المناسبين للعدوى.

في حالات نادرة جداً، قد تحدث الحساسية الشديدة (مثل الطفح الجلدي) لدى المرضى الذين يخضعون للعلاج بدواء فولتارين أو أي أدوية أخرى مضادة للالتهابات. لذا، أخبر طبيبك فوراً إذا ظهرت عليك هذه الأعراض.