

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

diologie 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.

éducation :

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.



Déclaration de Maladie

N° M20-0004734

MUPRAS

RECEPTION 9

☐ Optique

89804

☐ Autres

☐ Maladie

☐ Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3714 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Doukkan

Nom & Prénom : SAADAOUI Rkia

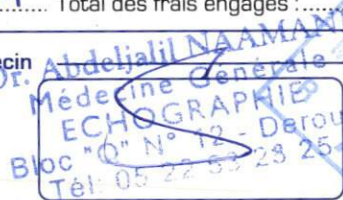
Date de naissance : 1-1-1964

Adresse : Bloc A N° 21 DEROUA

Tél. : 0642017521 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03 SEP 2021

Nom et prénom du malade : SAADAOUI Rkia Age : 57 ans

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

Nature de la maladie : Maladie 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 : DEROUA Le : 14 / 09 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 03 SEP 2021 | Ce | 1 | 1200 | Dr. Abdeljalil NAJMANE Médecine Générale Bloc "O" N° 12 - Dero Tél: 05 22 53 28 25 |
| 10 SEP 2021 | le | 1 | 6 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| Pharmacie Principale DEROU Bloc UN° 1 Dero Tél: 05 22 53 28 25 Pharmacie DEROU Bloc UN° 1 Dero Tél: 05 22 53 28 25 | 31/09/21 | 13040 |
| | 30/09/21 | 3530 |

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 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canaux, ainsi que le bilan de

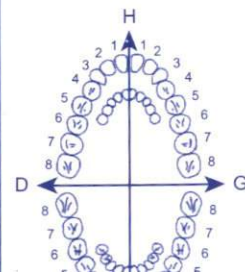
SOINS DENTAIRES

| 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

| D | H | G | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|---|---|---|-------------------------|
| | B | | |
| | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | DATE DU DEVIS |



(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Abdeljalil Naamane

Docteur en Médecine
Echographie
Bloc Q N° 12 - Deroua
Tél.: 05 22 53 28 25
Visite à Domicile

عبد الجليل نعمان

دكتور في الطب
الفحص بالصدى
بلوك ك رقم 12 - الدروة
الهاتف : 05 22 53 28 25

ORDONNANCE

03 SEP. 2021

Deroua, le :: الدروة في

PV (DH):

34,70

PPV (DH): 25,00

LOT N°:

UT AV:

S.P

UVIMAG B6

20 Ampoules de 10 ml



6 118000 020455

Dr. Abdeljalil NAAMANE
Médecine Générale
ECHOGRAPHIE
Bloc "Q" N° 12 - Deroua
Tél: 05 22 53 28 25

Pharmacie Principauté DEROUA
Said au
Bloc Q N° 12 - Deroua
Tél: 05 22 53 20 55

8200

Abdeljalil Naamane

Docteur en Médecine
Echographie
Bloc Q N° 12 - Deroua
Tél.: 05 22 53 28 25
Visite à Domicile

عبد الجليل نعمان

دكتور في الطب
الفحص بالصدى
بلوك ك رقم 12 - الدروة
الهاتف : 05 22 53 28 25
زيارة في المنزل

ORDONNANCE

10 SEP. 2021

Deroua, le : الدروة في :

N° 2 SAADAOUE, Rous

35.30



Pharmacie PRINCIPALE DEROUA
sarl au
Bloc U N° 1 Deroua
Tél: 05 22 53 20 83

Dr. Abdeljalil NAAMANE
Médecine Générale
ECHOGRAPHIE
Bloc "Q" N° 12 - Deroua
Tél: 05 22 53 28 25

BRUFEN® 400mg**Ibuprofène**

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes sur votre traitement et votre maladie. Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

I. IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT :**FORME/PRÉSENTATION :**

Comprimé pelliculé, boîte de 30.

COMPOSITION QUANTITATIVE ET QUALITATIVE :

Ibuprofène

Pour un comprimé pelliculé

EXCIPIENTS : noyau : cellulose microcristalline, croscarmellose sodique, lactose monohydraté, laurilsulfate de sodium, stéarate de magnésium. Pelliculage : hypromellose, TiO₂ (hypromellose, dioxyde de titane (E171)).

CLASSE PHARMACO-THÉRAPEUTIQUE :

Anti-inflammatoires, antirhumatismaux, non stéroïdiens.

II. DANS QUEL CAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?**INDICATIONS :**

Ce médicament contient un anti-inflammatoire non stéroïdien : l'ibuprofène. Il est indiqué chez l'adulte (de plus de 15 ans) :

- En traitement de longue durée de :
 - certains rhumatismes inflammatoires chroniques,
 - certaines arthroses sévères,
- En traitement de courte durée de :
 - certaines inflammations du pourtour des articulations (tendinites, bursite, épaule douloureuse aiguë),
 - douleurs aiguës d'arthrose,
 - certaines inflammations des articulations par dépôt de cristaux, telles que la goutte,
 - douleurs lombaires aiguës
 - douleurs aiguës liées à l'irritation d'un nerf, telles que les sciatiques,
 - douleurs et œdèmes liés à un traumatisme,
 - fièvre et/ou douleurs telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses.

III. QUELLES SONT LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE PRENDRE BRUFEN 400MG, COMPRIMÉ PELLICULÉ ?**CONTRE INDICATIONS :****Ne prenez jamais BRUFEN 400mg, comprimé pelliculé dans les cas suivants :**

- à partir du 6^{ème} mois de grossesse,
- antécédents d'allergie ou d'asthme déclenchés par la prise de ce médicament ou d'un médicament apparenté, notamment autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, aspirine,
- antécédents d'allergie aux autres constituants du comprimé,
- Ulcère de l'estomac ou du duodénum en évolution,
- maladie grave du foie,
- maladie grave des reins,
- maladie grave du cœur,
- lupus érythémateux disséminé.

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

MISE EN GARDE SPÉCIALE :

À forte dose, supérieure à 1200 mg/jour, ce médicament possède des propriétés anti-inflammatoires et peut provoquer des inconvénients parfois graves qui sont ceux observés avec les médicaments anti-inflammatoires.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI**AVANT D'UTILISER CE MÉDICAMENT, PREVEZ VOTRE MÉDECIN EN CAS :**

- d'antécédent d'Asthme associé à une rhinite chronique, une sinusite chronique ou des polypes dans le nez. L'administration de cette spécialité peut entraîner une crise d'asthme, notamment chez certains sujets allergiques à l'aspirine ou à un anti-inflammatoire non stéroïdien (cf contre-indications).
- de prise d'un traitement anticoagulant. Ce médicament peut entraîner des manifestations gastrointestinales graves.
- d'antécédents digestifs (hernie hiatale, hémorragies digestives, ulcères de l'estomac ou du duodénum anciens),
- de maladie du cœur, du foie ou du rein.

35,30

BRUFEN®400 mg Ibuprofène
30 Comprimés pelliculés

6 118000 080015

"QUE FAIRE EN CAS DE FIEVRE" ?

- La température normale du corps est variable d'un individu à l'autre et comprise entre 36,5°C et 37,5°C. Une élévation de plus de 0,8°C est considérée comme une fièvre.
- Chez l'adulte : si les troubles qu'elle entraîne sont gênants, vous pouvez prendre ce médicament qui contient de l'ibuprofène en respectant les posologies indiquées.
- Avec ce médicament, la fièvre doit baisser rapidement. Néanmoins :
 - Si d'autres signes apparaissent (comme une éruption cutanée),
 - Si la température persiste plus de 3 jours ou si elle s'aggrave.
 - Si les maux de tête deviennent violents, ou en cas de vomissements

CONSULTEZ IMMEDIATEMENT VOTRE MEDECIN.

"QUE FAIRE EN CAS DE DOULEUR" ?

- En l'absence d'amélioration au bout de 5 jours de traitement,
- Si la douleur revient régulièrement,
- Si elle s'accompagne de fièvre,
- Si elle vous réveille la nuit.

CONSULTEZ VOTRE MÉDECIN.

RAPPORT ENQUETE SOCIALE

| | |
|----------------------|---------------------|
| Nom & Prénom | VEUVE SAADAOUI RKIA |
| Matricule | 3714 |
| Nature de la maladie | Diabète + HTA |

| | |
|---|---------------|
| ***Pension CIMR : | 595,33 |
| ***Pension CNSS : | 1398,97 |
| ***Restant FDS à fin 2020 | 2520,00 |
| *** Cotisation Mensuel par prélèvement Bancaire | 88,20 Dh/Mois |

ENQUETE SOCIALE :

VEUVE SAADAOUI RKIA âgée de 57Ans Veuve de l'ex agent RAM, habitant dans un appartement à Droit, mère de 5 Filles (3 Mariées , 2 divorcées) , Mme SAADAOUI souffre des maladies chroniques (Diabète + HTA)

Veuve SAADAOUI Bénéficie des pensions de reversions (CNSS+CIMR) comme seul revenu mensuel, elle déclare avoir des difficultés financières.

Veuve SAADAOUI demande l'exonération du restant FDS à fin 2020 soit 2520Dhs en plus de sa cotisation mensuelle accumulée depuis 2014 (88,2/Mois un peu près 7 408,80Dhs) .

NB : les pensions de Mme SAADAOUI est inférieur à 2500,00Dhs/Mois.

SIGNATURE A. SOCIALE

KENZA BELATIK

Directeur

Trésorier

Président

Signature
16/10/2021

Signature
24/10

Signature

Pôle Assistance et Solidarité

DEMANDE exonération

| Nom et Prénom | Matricule | CATEGORIE | OBSERVATION |
|---------------------|-----------|-----------|---|
| VEUVE SAADAOUI RKIA | 3714 | Veuve | Demande Exonération du restant 2020 (2520 Dhs) + Exonération Cotisation |

DDS + Cotisation

Signature Président

Signature Trésorier

Signature Directeur

Signature Assistante Sociale

15/10/2021