

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 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.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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 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° W21-669355

95680

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11445 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SAMANI NICHAM
 Date de naissance : 18/07/1977
 Adresse : RUE IMMAS ABT 13 MAZOLA HAY HASSANI CASABLANCA
 Tél. : 0660 016803 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ROUFA LEBRAH
Pédiatre
Bd. Al Ouds, Lot. Al Fajr
Im. A 1er Etage N° 8
Intra Air Maroc - Tél. 052 34 44 64

Date de consultation : 1.12.21
 Nom et prénom du malade : Mohamed Nijal 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 : NER Le : 13/12/2021
 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
1.12.21	Q	#280,2		INP : [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

HARMACIE POLYCLINIQUE
Dr. TIR Abdelaziz
Route Mly Thami - Hay Hassani
Tél: 90 21 57 252

01/12/21

HARMACIE POLYCLINIQUE
Dr. TIR Abdelaziz
Route Mly Thami - Hay Hassani
Tél: 90 21 57 252

64.60
162.20

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

AM

PC

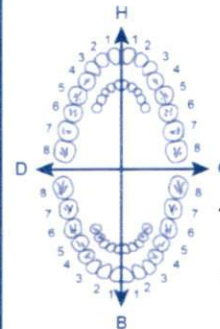
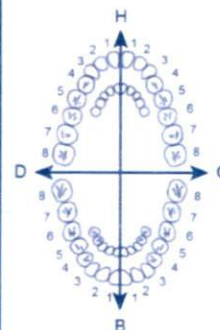
IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.


O.D.F
PROTHESES DENTAIRES


DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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'EXECUTION

Docteur Rochd Benmerzouk
Pédiatre

Néonatalogie - Puériculture
Pédiatrie générale - Asthme - Allergologie



الدكتور رشيد بن مرزوق

اختصاصي في طب الأطفال و الرضع
و الحساسية

Tél.: 05 22 52 44 68

- DN: 27.3.16
- Pds: 23
- Temp.: 37

Casablanca, le 1.12.21

Prénom: M. Syas Nom: Bermani

N° Lot: 0UW652
Fab.: 09/2020
Pr.: 09/2023

PPV: 102,10 DH

(A) Laburnum phy
102.10
1 pulvérisation x 2/2 x 02 fois

2us 1 pulvérisation / le matin
2500 x 3 fois

(B) Lorazepam
25.00

1 com
2090 x 3 fois

(C) Urticine
2090

1 Boîte par jour en
une seule

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 CMP/21/NNPR
6 118001 272228
PPV: 20,90 DH

شارع القدس. جزيرة المجد. عمارة A. الطابق الأول. الشقة 4. حي الإنارة. عين الشق - الدار البيضاء

Bd. Al Qods, Lotissement Al Majd, Immeuble A, App. N° 4 - Hay Inara - Ain chock - Casablanca

15.70

1 Com x 03

5

a 05 mg

PHARMACIE POLYCLINIQUE
Dr. TIR Abdelaziz
58, Route My Thami - May Hassani
Tél: 2927 91 27 - Casa

Dr. Rochd BERRAZOUK
Bd A'...

Toplexil®

Oxomémazine 0,33 mg/ml

Sirop

SANOFI 

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes pour votre traitement

- Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.

Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez un médecin.

Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE TOPLEXIL sirop, ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE TOPLEXIL sirop ?
3. COMMENT PRENDRE TOPLEXIL sirop ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER TOPLEXIL sirop ?
6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

1. QU'EST-CE QUE TOPLEXIL sirop, ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

ANTIHISTAMINIQUE A USAGE SYSTEMIQUE.

(R. Système respiratoire)

Ce médicament contient un antihistaminique, l'oxomémazine. Il est préconisé pour calmer les toux sèches et les toux d'irritation chez l'adulte et l'enfant de plus de 2 ans, en particulier lorsqu'elles surviennent le soir ou pendant la nuit.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE TOPLEXIL sirop ?

Si votre médecin vous a informé d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

Ne prenez jamais TOPLEXIL, sirop dans les cas suivants :

- nourrisson (moins de 2 ans),
- allergie connue aux constituants, et notamment aux

antihistaminiques,

- antécédent d'agranulocytose (baisse importante des globules blancs dans le sang),
- difficulté pour uriner d'origine prostatique ou autre,
- certaines formes de glaucome (augmentation de la pression à l'intérieur de l'œil).
- en association avec certains médicaments (cabergoline, quinagolide) (Cf "Prise ou utilisation d'autres médicaments")

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

Faite attention avec TOPLEXIL sirop :

Mises en garde spéciales

La toux est un symptôme qui peut avoir des origines diverses : infections respiratoires, bronchites, grippe, allergie, asthme, coqueluche, irritation, etc...

De plus, la consommation de tabac aggrave ou entretient la toux.

En cas d'apparition ou de persistance d'une FIEVRE, accompagnée ou non de signes d'infection (angine...), de pâleur ou de transpiration, il conviendra de consulter votre médecin traitant.

Ne pas traiter par ce médicament une toux grasse. Dans ce cas la toux est un moyen de défense naturelle nécessaire à l'évacuation des sécrétions bronchiques.

Si la toux devient grasse, s'accompagne d'encombrement, de crachats, de fièvre, demandez l'avis du médecin.

En cas de maladie chronique (au long cours) des bronches ou des poumons s'accompagnant de toux avec crachats, un avis médical est indispensable.

Il conviendra de ne pas associer un médicament fluidifiant des sécrétions bronchiques (expectorant, mucolytique).

Précautions d'emploi

En cas de maladie au long cours du foie ou des reins, CONSULTEZ VOTRE MEDECIN afin qu'il puisse adapter la posologie.

La prise de ce médicament nécessite un AVIS MEDICAL :

- chez les personnes âgées :
 - prédisposées aux constipations, aux vertiges ou à la somnolence
 - présentant d'autres troubles
- chez l'enfant :
 - gastro-oesophage
- en cas de maladie PREVEZ VOTRE antihistaminique

LOT : 21E024
PER : 08 2023

TOPLEXIL
SIROP FL 150 ML

P.P.V : 15D070

