

93
14 2892

Signature de l'adhérent(e) :

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° W21-769572

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **AA 157** Société : **RAM**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **BAHDIA ADIL**

Date de naissance : **16/11/75**

Adresse : **MAURITANIE**

Tél. : **0661167406** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **01/11/2022**

Nom et prénom du malade : **Bahdya Adil** Age :

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

Nature de la maladie : **Cystite + Douleur**

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-769572

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
01/11/2022			320,59	INP : 091040007 Docteur Adil FATHALLAH Pédiatre Groupe Résidentiel Al Firdaouss Imm. 71200 Oulfa-Casablanca Urgences : 06 60 48 76 57

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/11/2022	236,40

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
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

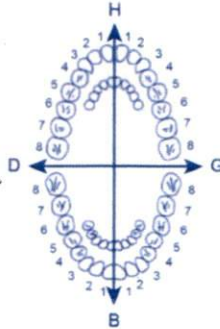
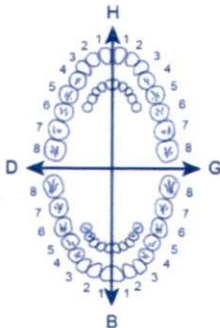
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<p>Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/></p> <p>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></p> <p>DATE DU DEVIS <input type="text"/></p> <p>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/></p>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Adil Fath Allah
Pédiatre

Ancien Médecin au CHU Ibn Rochd
Ex. Chef du service de Pédiatre Hôpital Hassani



الدكتور عادل فتح الله

إختصاصي في أمراض الطفل و الرضع
طبيب سابقا بمستشفى الأطفال ابن رشد
رئيس سابقا لقسم الأطفال بمستشفى الحسن

01/11/2022
- BANDOYA - JAD -
53kg / 10ans

23.00 (1.5) ① Epasmyl sirop 63.40

PHARMACIE MIMOSA
Noureddine MOKHLIS
R.R 322 Km6 Beni Mekraz Mansouria
Ben Slimane - Tél.: 05 23 32 93 41

20cc x 3

63.40 (1.5) ② Map 2 d's 206j
Amp. Buu.
Amp le soir

(75.00 x 2) ③ Levofloxacil 500mg
228j 228j 402/10j

Docteur Adil FATHALLAH
Pédiatre

Groupe Résidentiel Al Firdaouss Imm,
65 Gh 7 RDC Oulfa-Casablanca
Urgences : 06 66 45 76 67

Groupe Résidentiel Al Firdaouss Imm, 65 Gh 7 RDC - Oulfa - Casablanca (A Côté de club la RAM)
En face Commissariat Firdaouss - Tél : 0522.91.00.30 - Gsm : 06 66.48.76.67

Levophta® 0,05% Collyre en suspension
lévocabastine*



Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament. Vous pourriez avoir besoin de la relire.

- Ce médicament peut être utilisé en automédication c'est-à-dire utilisé sans voir un médecin.
- Si les symptômes persistent, s'ils s'aggravent ou si de nouveaux symptômes apparaissent consultez votre médecin ou votre pharmacien.
- Cette notice est faite pour vous aider à bien utiliser ce médicament. Gardez-la, vous en aurez besoin.

Cette notice, vous

Description d'un

Prenez l'avis de votre

toin de la relire.

Dans cette notice :

1. Qu'est-ce que LEVOPHTA® 0,05 %, collyre et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser LEVOPHTA® 0,05 %, collyre ?
3. Comment utiliser LEVOPHTA® 0,05 %, collyre ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver LEVOPHTA® 0,05 %, collyre ?
6. Informations supplémentaires.

1. QU'EST CE QUE LEVOPHTA® 0,05%, collyre ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?

LEVOPHTA® contient une substance active, la lévocabastine. Cette substance appartient à la famille de médicaments appelés les anti-histaminiques. Ces médicaments bloquent la libération d'histamine dans l'organisme et diminuent ainsi les réactions allergiques (l'histamine joue un rôle important dans les allergies).

Ce médicament est utilisé pour traiter les symptômes liés à une conjonctivite allergique (yeux rouges, qui démangent, qui larmoient, yeux et/ou des paupières gonflés).

2. INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT D'UTILISER LEVOPHTA® 0,05%, collyre

N'utilisez jamais LEVOPHTA® 0,05 %, collyre

- Si vous êtes allergique (hypersensible) à la substance active ou à l'un des autres composants contenus dans LEVOPHTA® 0,05 %, collyre.

Faites attention avec LEVOPHTA® 0,05 %, collyre

- Si vous ne ressentez pas d'amélioration ou si vos symptômes persistent au-delà de 5 jours de traitement, vous devez consulter votre médecin.
- En raison de la présence de chlorure de benzalkonium, ce médicament peut provoquer une irritation des yeux.

Maux de tête.

Dans de très rares cas, certains patients peuvent présenter de la couche claire située à l'avant de l'œil (c'est-à-dire des dépôts opaques sur la cornée en raison d'une réaction) pendant le traitement.

Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans la notice, ou si certains effets indésirables deviennent graves, informez votre médecin ou votre pharmacien.

5. COMMENT CONSERVER LEVOPHTA® 0,05%, collyre en suspension ?

Ne laisser ni à la portée ni à la vue des enfants.

Ne pas dépasser la date limite d'utilisation indiquée en clair sur l'emballage.

Ce médicament doit être conservé à une température inférieure à 25°C. Ne pas utiliser plus de 30 jours après ouverture du flacon. Notez la date d'ouverture en clair sur l'emballage. N'utilisez pas ce médicament si vous remarquez des signes visibles de détérioration.

Les médicaments ne doivent pas être jetés au tout-à-l'égout ou avec les ordures ménagères. Demandez à votre pharmacien ce qu'il faut faire des médicaments inutilisés. Ces mesures permettront de protéger l'environnement.

6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

Que contient LEVOPHTA® 0,05 %, collyre ?

Les substances actives sont :

Chlorhydrate de lévocabastine.....	0,054 g
Quantité correspondant à lévocabastine base.....	0,050 g
Pour 100 ml	

Les autres composants sont : propylèneglycol, phosphate disodique anhydre, phosphate monosodique monohydraté, hypromellose, poloxamer 188, chlorure de potassium (solution à 50 %), édétate de

LEVOPI
Colive 5ml
ZENITH PHARMA
ZMM N° 22816DMIP21/NRC
AMM N° 22816DMIP21/NRC
6118001270354
PPV: 7-5300 SHS

██████████ te
s'agit en

© 2004 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 255: 103–110

collyre en suspension

, collige en suspo

SPASMYL®

Trimébutine

Granulés pour suspension
buvable en flacon

COMPOSITION

Trimébutine..... 0,787 g
Excipients : saccharose, polysorbate 80, arôme orange naturel qsp100 g
Colorant : E110 – Teneur en saccharose : 3 g par cuillère à café, 9 g par cuillère à soupe.

FORME ET PRESENTATION

Granulés pour suspension buvable en flacon de 250 ml de suspension reconstituée.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE (Type d'activité)

ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE.

(A : Appareil digestif et métabolisme).

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ce médicament est indiqué pour le traitement symptomatique des douleurs, des troubles du transit et de l'inconfort intestinal liés aux troubles fonctionnels intestinaux.

CONTRE-INDICATIONS

Ne prenez jamais spasmyl dans les cas suivants :

- Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients.
- Enfant de moins de 2 ans.

ATTENTION !

MISES EN GARDE SPECIALES :

En raison de la présence de saccharose, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas d'intolérance au fructose, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en sacrase-isomaltase (maladies métaboliques rares).

PRECAUTION D'EMPLOI :

En cas de diabète, tenir compte de la teneur en saccharose (cf. rubrique composition).
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'EVENUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTEMA-
TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU

GROSSESSE - ALLAITEMENT :

Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse médecin. Si vous découvrez que vous êtes enceinte pe-
votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité.
L'allaitement est possible lors d'un traitement par ce

LISTE DES EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

Saccharose, Jaune orangé S.

PPV 23:00 DH
LOT F819 PER 07/25