

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

M22- 0007476

153392

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1516 Société : R.A.M

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BIKRI AHMED

Date de naissance : 14/8/1948

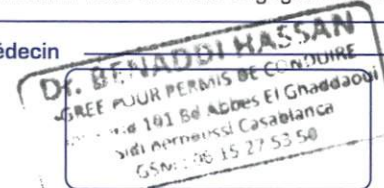
Adresse : Hay Moussaka, Im 2 Apt 801, Beni Mellal - Casablanca

Tél. : 114857011

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/2/2023

Nom et prénom du malade : BIKRI AHMED Age :

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

Nature de la maladie : Dystonie bulbaire

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : Casablanca Le : 15/04/2023

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
15/02/23		100		



EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15.02.23	385,00 DH

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 de l'ODF.

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																	
	<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>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur BENNADDI Hassan
Diplome de la faculté de médecine de Lille
MEDECINE GENERALE

Diplome d'Echographie de la Faculté
de Médecine de Paris
Agrée pour la Visite Médicale
de Permis de Conduire
Suivi de Diabète

الدكتور بنعدي حسن
خريج كلية الطب بليل
الطب العام
حائز على دبلوم الفحص بالصدى
كلية الطب بباريس
مرخص للفحص الطبي لأجل
رخصة السياقة
مراقبة مرض السكري

Casablanca Le : **15/2/2023** الدار البيضاء في :

Handwritten notes and stamps:

- Pharmacies (Circular Stamps):** PHARMACIE IBN BATTAR, PHARMACIE S.V. (multiple locations), PHARMACIE S.V. (multiple locations).
- Medications:**
 - Deroxat** (24h)
 - Pranatal** (24h)
 - Pulmo** (24h)
 - Preston** (20)
 - Dolo** (24h)
 - Wofend** (24h)
- Prices:**
 - 74,9
 - 22
 - 13,70
 - 14,60
 - 22
 - 29,00
 - 40,00
 - 31,10
 - 33,90
- Lot Information:**
 - LOT N°:
 - UT. AV:
 - PPV (DH):
 - COOPER PHARMA**
 - PPV: 40,00 DH**
- Signature:** *Ben Naddi Hassan*
- Stamp:**

DR. BENNADDI HASSAN
AGREE POUR PERMIS DE CONDUIRE
Bloc Par 101, Avenue Abbas Ghaddaoui N° 3 Sidi Bernoussi
Tél : 06 15 27 53 50 - 05 22 73 27 09

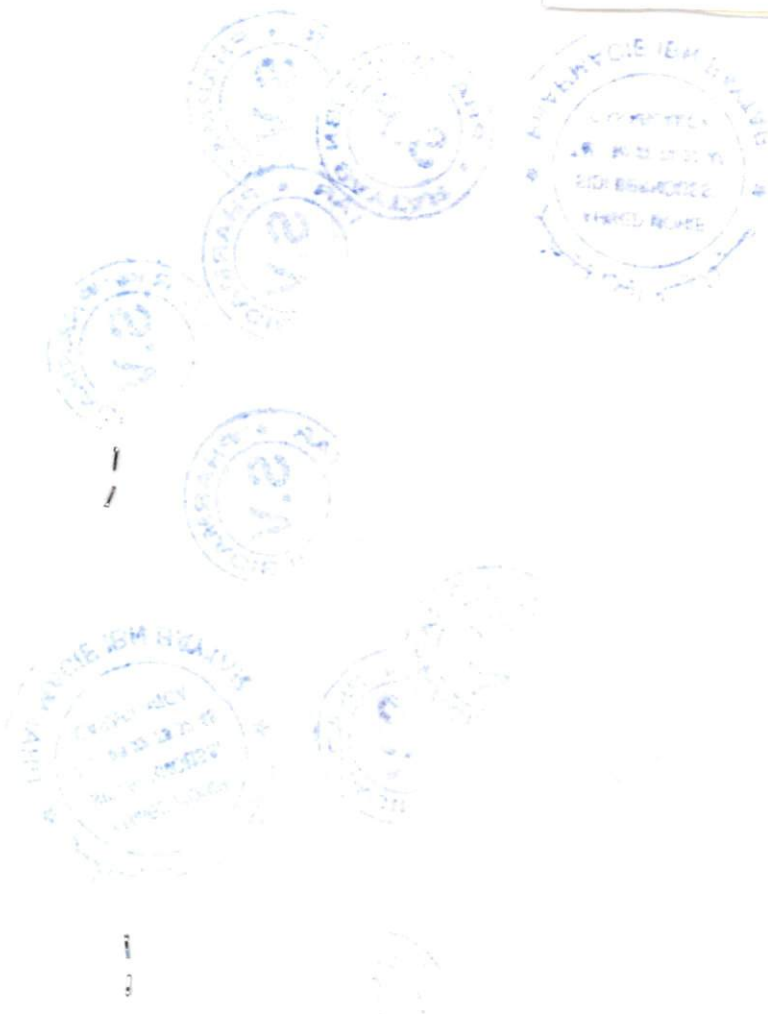
10 شارع عباس الجداوي رقم 3 سيدي البرنوصي - الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 73 27 09 - 06 15 27 53 50

PARANTAL® 1g

PPV 14DH60
EXP 08/2025
LOT 26061 1

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 83,70 DH

ID: 650661
6 118001 140237



(DICLOFENAC SODIQUE)

Spécialités	Diclo pharma 5°	Diclo pharma 5° 50 mg comprimés gastro-résistants	Diclo pharma 5° 100 mg suppositoires
Com			
Di		50 mg	100 mg
E		q.s.p. 1 comprimé	q.s.p. 1 suppositoire

PULMOFLUIDE® SIMPLE, solution buvable
(Eucalyptol, Terpène, Benzoate de sodium, Guaïfénésine)

Veuillez lire
Gardez cette
Si vous avez
Ce médicament
identiques,
Si l'un des
à votre médecin

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

18,00

1. Composition

• Les substances
Eucalyptol.....
Terpène.....
Benzoate de sodium.....
Guaïfénésine.....

• Excipients :

Acide benzoïque
• Excipients à usage
Saccharose, Stéarate

2. Classe pharmacologique

Classe pharmacologique

Ce médicament

3. Indications

Ce médicament est réservé à l'adulte pour traiter les affections respiratoires récentes avec difficulté d'expectoration (difficultés à rejeter en crachant les sécrétions bronchiques).

4. Posologie

Respecter toujours la posologie et la durée de traitement préconisées par votre médecin.

En cas de doute, consulter votre médecin ou votre pharmacien.

Ce médicament est réservé à l'adulte : 1 cuillère à soupe, 3 fois par jour. Une cuillère à soupe contient 15 ml de sirop.

Ce médicament vous a été personnellement délivré dans une situation précise :

- Il peut ne pas être adapté à un autre cas,
- Ne pas le conseiller à une autre personne.

Mode et voie d'administration :

Voie orale.

Durée du traitement :

Ne pas dépasser 8 à 10 jours de traitement sans avis médical.

5. Contre-indications :

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

N'utilisez jamais PULMOFLUIDE SIMPLE, solution buvable :

- si vous êtes allergique aux substances actives ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 1.

Ce médicament NE DOIT GÉNÉRALEMENT PAS ÊTRE UTILISÉ, sauf avis contraire de votre médecin, en cas de traitement par :

- les médicaments provoquant une réaction antabuse (chaleur, rougeur, vomissement, palpitations) avec l'alcool,
- les médicaments sédatifs,
- certains médicaments anti-dépresseurs (IMAO non sélectifs),
- l'insuline,
- certains médicaments hypoglycémisants (metformine, sulfamides hypoglycémisants).

En cas de doute, ne pas hésiter à demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien

6. Effets indésirables :

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

Possibilité de troubles digestifs (douleurs de l'estomac, nausées, vomissements, douleurs abdominales).

En raison de la présence de dérivés terpéniques et en cas de non-respect des doses préconisées :

- risque de convulsions chez le nourrisson et chez l'enfant,
- possibilité d'agitation et de confusion chez les sujets âgés.

Déclaration des effets secondaires :

La déclaration des effets indésirables suspectés après autorisation du médicament est importante. Elle permet une surveillance continue du rapport bénéfice/risque du médicament.

7. Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi :

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre PULMOFLUIDE SIMPLE, solution buvable.

Mises en garde spéciales :

Ce médicament contient de l'éthanol jusqu'à 2,3g par dose. L'utilisation de ce médicament est dangereuse chez les sujets alcooliques et doit être prise en compte chez les femmes enceintes ou allaitantes, les enfants et les groupes à haut risque tels que les insuffisants hépatiques ou les épileptiques.

Un avis médical est nécessaire :

ent.

ion à votre médecin ou à votre pharmacien.
qu'un d'autre, même en cas de symptômes

ne non mentionné dans cette notice, parlez-en

..... 0,0100 g
..... 0,2500 g
..... 2,0000 g
..... 0,2000 g

1), jaune orangé S (E110), eau purifiée.

la toux.

BIOTONE®

Solution buvable en ampoules
Boîte de 30 ampoules



BIOTONE[®]

Solution buvable en ampoules
Boîte de 30 ampoules

