

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.

1



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° W21-699089

168860

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

7176

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

FARISSI REDA

Date de naissance :

07/03/1964

Adresse :

HAY AL ABLAA TR 16 TM 1 AL DO SET 2
CASABLANCA

Tél. :

0671792579

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 07/07/2023

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019



RELEVE 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
07.07.2023	Ca		150 DHP	NP : 091041582
				181.05.24.24.14 14.06.15.12.02 14.06.09.10.23.02

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA SANADY 1 ^{er} étage, 8 Sect. 7 Lt Attache Sidi Moussa, Casablanca	7/7/2023	266,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

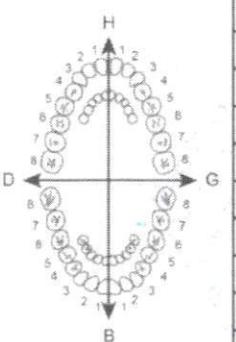
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

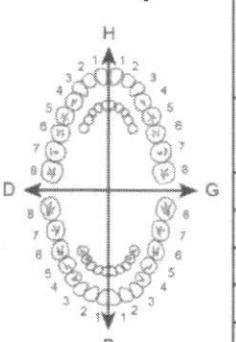
VOLET ADHERENT

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

SOINS



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

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

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

CŒFFICIENT 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

Dr. Mouna CHERQAOUI

MEDECINE GENERALE

- D.U. d'echographie
- C.U. de gynécologie médicale
- D.U. en Diabtéologie
- D.U. Diététique Médicale et Nutrition



الدكتورة منى الشرقاوي

الطب العام

د. الفحص بالصدى
ش.ج. طب النساء
د.ج. في مرض السكري
د.ج. التقديمة والحمية الطبية

دار البيضاء، في Casablanca, le 07/07/2023

07/07/2023

Mme Farissi Fatiha

三

OFIJKEN 200

1 comprimé, matin et soir, au milieu des repas, pendant 10 jours

FLUOMIZIN

1 ovule le soir au coucher

SPASEON

1 comprimé, 3 fois par jour, avant les repas

266,40

Director: Dr. A. CHAKRABORTI
Editor: Prof. T. S. JAIN, M.A.
Associate Editor: S. B. SARKAR
Assistant Editor: K. N. DAS
Typeset by: TATA MCGRAW HILL
Printed by: WHITING CO., LTD., CALCUTTA

PHARMACIE DE LA SANTE
n° 2, Imm. 8 Sect. 7 Lit A Attachée
Sidi Noumeil Casablanca

البيضاًء - 0693 07 15 89 / 0522 71 24 14 - الهاتف : 3 الطابق - 1 الشطر 2 فصل ، التشارك، عماره 10

380122

Un comprimé contient: 10 mg de Chlorure de déqualinium.

Excipients: Lactose monohydraté, stéarate de magnésium, cellulose microcristalline.
Excipient à effet notoire: Lactose monohydraté
Ne pas conserver au-dessus de 30 °C.
Tenir hors de la portée des enfants.

Distribué par: ZENITHPHARMA

96, Zone Industrielle Tassila Inezgane

Agadir-Maroc

Dr. M. EL BOUHMADI, Pharmacien Responsable

AMM N°: 24/18DMP/21/NRQ

P.R.V.: 96.40 DHS

311531

وصفة العقار

فلنيوميزين

10 مليغرام ديكوبينيوم كلوريد

6 أقراص مهبلية

مصنعة من: روتندورف فارما المحدودة
اوستفالدر شتراسه 61-62
أونغيفيلد، ألمانيا
59320
لصالح شركة: ميدينوفا المساعدة، سويسرا

medinova

بحتوي الفرص على: 10 مليغرام ديكوبينيوم كلوريد
مواد إضافية لكل قرص: لاكتوز أحادي التنميمة
السليولوز البلاوري التقىق، ماخيسبيوم ستارايرت
سواع بو ثائر فعال، لاكتوز أحادي التنميمة
لا تخزن فوق 30 درجة مئوية بحفظ بعيداً عن متناول الأطفال

Respecter la dose prescrite
لا تتجاوز доза предписанной

Tableau C (Liste II)

Sur prescription médicale

Fluomizin®

Chlorure de déqualinium 10 mg

6 comprimés vaginaux

Fabriqué par: Rottendorf Pharma GmbH
Ostenfelder Str. 51-61, 59320 Ennigerloh, Allemagne
Pour: Medinova AG, Suisse

medinova

6 118001271245

Fluomizin®

380122

Lot

OFIKEN®

Céfixime

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

• Elle contient des informations importantes sur votre traitement.

• Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre pharmacien.

• Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un cas de symptômes identiques, car cela pourrait lui être nocif.

- Gardez cette notice, vous pourrez avoir besoin de la relire.

DENOMINATION :

OFIKEN® 200 mg, comprimés pelliculés.

OFIKEN® 100 mg/5 ml, poudre pour suspension buvable.

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE :

OFIKEN® 200 mg, comprimés pelliculés

Céfixime trihydrate, quantité correspondant à céfixime anhydre.....

Excipients.....

OFIKEN® 100 mg/5 ml, poudre pour suspension buvable.....

Céfixime trihydrate, quantité correspondant à céfixime anhydre.....

Excipients.....

FORME PHARMACEUTIQUE ET PRÉSENTATION :

OFIKEN® 200 mg, comprimé pelliculé, boîtes de 8 et 16.

OFIKEN® 100 mg/5 ml :

Poudre pour suspension buvable en flacon de 30 ml soit 150 doses/kg

Poudre pour suspension buvable en flacon de 60 ml soit 300 doses/kg

Toutes les présentations peuvent ne pas être commercialisées.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE :

Antibiotiques de la famille des bêta-lactamines du groupe des céphalosporines de 3^{ème} génération.

DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

Comprimé pelliculé :

Ce médicament est indiqué dans le traitement des :

- Otites et sinusites aiguës,
- Infections bronchiques et pulmonaires,
- Certaines infections urogénitales,
- Poudre pour suspension buvable :
- Ce médicament est indiqué chez l'enfant de plus de 6 mois, dans le traitement des :
- Infections bronchiques et pulmonaires,
- Otites moyennes aiguës,
- Certaines infections urinaires.

ATTENTION !

a) Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament ?

Poudre pour suspension buvable et comprimé pelliculé :

- Allergie connue aux antibiotiques du groupe des céphalosporines, ou à l'un des excipients de ces médicaments.

LOT 230781 1
EXP 02 25
PPV 170.00 DH

05110