

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

- 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.

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° W21-813593

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 482 Société : 176.885
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : AMRI RAHAL
 Date de naissance : 10/01/1981
 Adresse : SALM, A HINERNE 32 NOZ
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BELAMINE Fatima
Médecin Généraliste
55, Boulevard Joulane Salmia II
Sidi Othmane - Tél. : 0522 38 56 23

Date de consultation : 07/07/2023

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : carrefour

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) : ACCUEIL

Autorisation CNDF 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
08/07/23	C	1	1500M	INP : 09/07/23 Dr. BELAMINE Fatima Médecin Généraliste 55 Boulevard Jeanne Salma II Sète - Tél : 0522 38 56 23

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Remetteur	Montant de la Facture
PHARMACIE FIDUCIAIR Mme FILALI GUENNEAU 226, Boulevard de la République Sète - Tél.: 05 22 38 01 47 ICE : 00211585400000 I.N.P.E : 092004107	341,00

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	

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"/>														
Q.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			
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															

Dr BELAMINE Fatima

OMNIPRATICIEN

Echographie Clinique

Cu Douleur et Soins de Support

Bd. Joulane N° 55 Sidi Othmane

Lot. Salmia 2 - Casablanca

Tél. : 05.22.38.56.23

GSM : 06.31.46.04.61

الدكتورة بلالامين فاطمة

الطب العام

الفحص بالصدى

علاج الآلام بالدعم

شارع الجولان رقم 55 سيدي عثمان

حي السالمية 2 - الدار البيضاء

الهاتف : 05.22.38.56.23

المحمول : 06.31.46.04.61

Casablanca, le 08/08/2023 في الدار البيضاء

ARI Fatima

37,00

O Oulaghae



10p 2215 x 85

PHARMACIE FADILA CASABLANCA
Mme FILALI GUENNOUN Ibtissam
226, Boulevard Al Joulane
Salmia 2 - Casablanca
Tél.: 05 22 38 01 47
ICE : 002115854000092



دولاستان® 500 مغ / 2 مغ

أقراص
معبأة من 20 قرصا
بارصيطامول / ثيوكولشيكونيد

DULASTAN®

500mg/2mg

Boîte de 20 comprimés



6 118000 360063

دولاستان® 500mg/2mg

Boîte de 20 comprimés

37,00

يرجى الاطلاع بانتباه على هذه النشرة بأكملها قبل تناول هذا الدواء.

احفظ هذه النشرة، قد تحتاج إلى قراءتها من جديد.

إذا كانت لديك أسئلة أخرى، إذا كان لديك شك، اطلب المزيد من التوضيحات من الصيدلي.

لقد تم وصف هذا الدواء لك بشكل شخصي، لا تقم بإعطائه لشخص آخر، حتى في

إذا أصبح أحد الأعراض غير المرغوب فيها خطراً أو إذا لاحظت وجود أعراض غير

تحدث عن ذلك مع الطبيب أو مع الصيدلي.

التركيب النوعي والكيميائي :

بارصيطامول

ثيوكولشيكونيد

السواغ :

قائمة السواغ الذي من الواجب معرفته لاستعمال بدون خطر عند بعض

نشا القمح، لاكتوز.

الصف الصيدلي والعلاجي :

ينتسب بارصيطامول إلى مجموعة الأدوية الخافضة للحرارة ومزيل للألام

ثيوكولشيكونيد ينسب إلى مجموعة أدوية إرتخاء العضلات.

الوصف :

- معالجة الأعراض الناتجة عن آلام العضلات أو الصدمة الروماتيزم بالصدمة وأمراض النساء.

- كعلاج مساعد أثناء تقلصات مؤلمة :

• من الاضطرابات التنكسية في العمود الفقري والاضطرابات محاذاة العمود الفقري : صعر وآلام الظهر ، آلام أسفل الظهر.

• الاضطرابات النفسية والعصبية (مع التشجيع).

موانع الاستعمال :

لا يجب استعمال هذا الدواء في الحالات التالية :

- الأطفال أقل من 15 عاماً.

- أشخاص ذوي الحساسية لنشا القمح.

- حساسية لبارصيطامول أو لأحد مكونات المنتج.

- حساسية لثيوكولشيكونيد

- القصور الكلبي.

- الحمل و الرضاعة

احتياطات خاصة :

- تجنب العلاج لفترات طويلة بالنسبة للمرضى الذين يعانون من ضعف الكبد و / أو مشاكل في الكلى ، وأمراض القلب أو الرئة.

- المرضى الذين يعانون من الصرع.

- في حال الإصابة بالإسهال ، أخبر طبيبك.

- لتجنب خطر جرعة زائدة، تحقق من عدم وجود بارصيطامول في تكوين أنواع أخرى من الأدوية.

- الحد الأقصى المقترح :

بالغين والأطفال فوق 50 كغ ، يجب عدم تجاوز 4 جرام يوميا بالنسبة للبارصيطامول.

- لا تتجاوز الجرعة الموصوفة

احتياطات الاستعمال :

في حالة الشك، لا ترددوا في إستشارة طبيبك أو صيدليكم