

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° W21-830609

191357

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) :

Matricule : 3438 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AALA ABDELHAQ

Date de naissance : 15-11-1953

Adresse : A. 591. JASSIDA III
HABRIKICH

Tél. : 0661535857 Total des frais engagés : 468,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 26/11/2023

Nom et prénom du malade : NIKR

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

Nature de la maladie : Goutte

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous 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 : Marrakech Le : 26/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

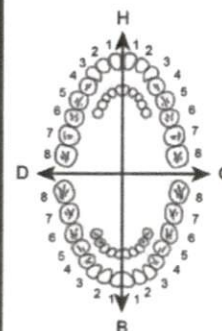
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
26/11/2023	L12+ CCG+ B30		953,00	INP Dr. SALEH LINA MEDECIN GENERALISTE N° 5 INP 1111/9503 CLINIQUE CNSS MARRAKECH

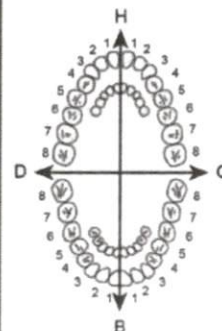
[illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

* 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
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

[Création, remont, adjonction]
fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الضمان الاجتماعي
CNSS

Le devoir de vous protéger

ORDONNANCE

Nom : W. A. R.
Prénom : Amir
Date : 26/11/2023

PPV (PH) :

LOT N° :

UT. AV. :

32,60

83,70

1) Lonac 300

1 upi (2)

2) Dolip 1g. 4 trah

1 up 2 31

32,60

3) Pravil sans min

1 up 2 31

99,50

4) Therapanaz 3m

1 gel. (1 min)

215,80

Dr. ITTO Abdelhamid
MEDECIN GENERALISTE
YACATAINE
INPE: 12118107
CNSS
POLYCLINIQUE CNSS MARRAKECH

Dr. SALEH LINA
MEDECIN GENERALISTE
INPE: 111179503
CNSS
POLYCLINIQUE CNSS MARRAKECH

صيدلية الفخر
PHARMACIE LA FIERTE SARL AE
Ain Dada Km 9 Saada El Fakhr Route Agadir
Morocco Tel: 06 24 38 52 58 P: 47944005
F: 92529186 CNSS 782947 RC 60066

LOT: CA334
EXP: 08/26
PPC: 99.50DH

THERAMAG[®]
375 mg

FORMES ET PRESENTATIONS :

- THERAMAG[®] B6 300 mg : Gélules boîte de 30.
- THERAMAG[®] 375 mg : Gélules boîte de 30.

COMPOSITIONS :

- THERAMAG[®] B6 300 mg : Oxyde de Magnésium marin (Magnésium 300 mg/1 gélule), gélule : hydroxypropylméthylcellulose, maltodextrine, antiagglomérant : stéarate de magnésium, vitamine B6 : 1,4 mg/1gélule.
- THERAMAG[®] 375 mg : Magnésium marin : 375 mg/1 gélule, vitamine B6 : 2 mg/1gélule stéarate de magnésium, gélule végétale .

PROPRIETES :

THERAMAG[®] est à base de Magnésium d'origine marine et de vitamine B6.
THERAMAG[®] contribue au bon fonctionnement nerveux et musculaire.
Il aide à réduire la fatigue physique et émotionnelle (nervosité, irritabilité, stress, surmenage, difficultés d'endormissement et de concentration), et à maintenir une bonne fonction musculaire (un déficit en magnésium peut être la source de crampes musculaires et de fourmillements).

CONSEILS D'UTILISATION :

- THERAMAG[®] B6 300 mg : 1 gélule par jour avec un grand verre d'eau.
- THERAMAG[®] 375 mg : 1 gélule par jour avec un grand verre d'eau.

PRECAUTIONS D'UTILISATION :

- Ne pas dépasser la dose journalière recommandée.
 - Ne pas laisser à la portée des enfants.
 - A utiliser en complément d'une alimentation variée.
 - A conserver à l'abri de l'humidité et de la chaleur.
- Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament .

-THERAMAG[®] B6 300 mg : Fabriqué par ADP Laboratoire Reventin-Vaugris - France
Importé et distribué au Maroc par THERAPHARM - Casablanca
-THERAMAG[®] 375 mg : Fabriqué par Laboratoire IRCOS - Marrakech, Maroc
Autorisation sanitaire ONSSA N° : CAPV.19.257.19
Distribué par THERAPHARM - Casablanca

-THERAMAG[®] B6 300 mg :
Numéro d'enregistrement au Ministère de la Santé et de la protection sociale :
20231710048/RQv2/CA/DPS/DMP/18

-THERAMAG[®] 375 mg :
Numéro d'enregistrement au Ministère de la Santé et de la protection sociale :
20222211753/N1/CA/DPS/DMP/18.

ROMAC® 300 mg

roxithromycine

Veillez à lire attentivement la notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

• Si vous avez d'autres questions, si vous avez besoin de plus d'informations, demandez-les à votre médecin ou votre pharmacien.

• Ce médicament est à prendre avec ou sans nourriture.

• Si l'un des effets indésirables mentionnés ci-dessus apparaît, arrêtez de prendre le médicament et consultez votre médecin.

- Que ce soit pour vous-même ou pour un autre, même si vous ne ressentez aucune gêne, mentionnez à votre médecin ou à votre pharmacien :
1. Que vous ayez déjà pris des comprimés pelliculés et dans quel cas est-il utilisé ?
 2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre ROMAC® comprimés pelliculés ?
 3. Comment prendre ROMAC® comprimés pelliculés ?
 4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
 5. Comment conserver ROMAC® comprimés pelliculés ?
 6. Informations supplémentaires.

1. QU'EST-CE QUE ROMAC® comprimés pelliculés ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?

- Classe pharmacothérapeutique :

ANTIBIOTIQUES À USAGE SYSTÉMIQUE, code ATC : J01FA06.

Ce médicament est un antibiotique antibactérien de la famille des macrolides.

- Indications thérapeutiques :

Il est utilisé pour le traitement de certaines infections bactériennes à germes sensibles (pouvant être détruits par cet antibiotique).

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE ROMAC® comprimés pelliculés ?

- Liste des informations nécessaires avant la prise du médicament :

Sans objet.

- Ne prenez jamais ROMAC® comprimés pelliculés dans les cas suivants :

- Si vous êtes allergique à la roxithromycine, aux antibiotiques de la famille des macrolides ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6.
- Si vous prenez un autre médicament, assurez-vous que l'association avec :
- ROMAC® comprimés pelliculés n'est pas contre-indiquée (voir la rubrique « Autres médicaments et ROMAC® comprimés pelliculés »). Tel est le cas lors de l'association avec la colchicine, l'ergotamine et la dihydroergotamine.
- Le cisapride.
- Si vous allaitez un enfant traité par le cisapride (voir rubrique « Allaitement »).

En cas de doute, il est indispensable de demander conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

N'utilisez pas ce médicament si vous allaitez un enfant sous cisapride (médicament contre certains troubles digestifs).

D'une façon générale, il convient, au cours de la grossesse et de l'allaitement de toujours demander avis à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre un médicament.

Sportifs :

Sans objet.

Effets sur la capacité de conduire et l'utilisation des machines :

La prise de ce médicament peut provoquer des sensations vertigineuses qui peuvent rendre dangereuse la conduite automobile ou l'utilisation de certaines machines.

Informations importantes concernant certains composants de ROMAC® comprimés pelliculés :

Sans objet.

3. COMMENT PRENDRE ROMAC® comprimés pelliculés ?

Instructions pour un bon usage :

Sans objet.

Posologie, mode et/ou voies (s) d'administration, fréquence d'administration et durée du traitement :

Veillez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les indications de votre médecin. Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de doute.

Posologie :

Réserve à l'adulte : 300 mg par jour, soit 1 comprimé à 150 mg matin et soir ou 1 seul comprimé de 300 mg par jour de préférence avant les repas.

Mode et voie d'administration :

Voie orale.

Durée du traitement :

Pour être efficace, cet antibiotique doit être utilisé régulièrement aux doses prescrites, et aussi longtemps que votre médecin vous l'aura conseillé.

La disparition de la fièvre ou de tout autre symptôme ne signifie pas que vous êtes complètement guéri. L'éventuelle impression de fatigue n'est pas due au traitement antibiotique mais à l'infection elle-même. Le fait de réduire ou de suspendre votre traitement serait sans effet sur cette impression et retarderait votre guérison.

Cas particulier : la durée du traitement de certaines angines est de 10 jours.

Si vous avez pris plus de ROMAC® comprimés pelliculés que vous n'auriez dû :

Consultez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien.

Si vous oubliez de prendre ROMAC® comprimés pelliculés :

Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose simple que vous avez oublié de prendre.

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez plus d'informations à votre médecin, à votre pharmacien ou à votre infirmier/ère.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?

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

Des manifestations digestives peuvent survenir :

Fréquentes nausées, vomissements, douleurs d'estomac, diarrhées. Des pancréatites et des troubles cardiaques ont également été rapportées (voir rubrique « Avertissements et précautions »).

Note confidentielle

(A renseigner par le médecin traitant)

Nom et prénom de l'assuré (e) :

Numéro d'immatriculation:

/ / / / / / / / / /

Nom et prénom du bénéficiaire (autre que

l'assuré(e)) :

Date de naissance du bénéficiaire :

/ / / / / / / / / /

Nom et prénom du médecin traitant :

INPE et code à barres* :

Dr. SALEH LINA / / / / / / / / / /
MEDECIN GENERALISTE
CNSS INPE 111179503
POLYCLINIQUE CNSS MARRAKECH

Date de la consultation: 26 / 12 / 2023

Diagnostic et motif des soins :

Sd Grippe

Antécédents et facteurs de risque :

Examen clinique à l'admission :

Résultats des bilans para cliniques :

Libellé et nature des soins :

Cx + Bio 000 19 + ECG

Durée prévisible des soins

Date de début

Date de fin

/ / / / / / / / / /

/ / / / / / / / / /

Fait à :

Le :

Signature et cachet du médecin traitant

Dr. SALEH LINA
MEDECIN GENERALISTE
CNSS INPE 111179503
POLYCLINIQUE CNSS MARRAKECH

*Accoler l'étiquette portant l'Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins, ainsi que le code à barres.

Adresse OG :

Fax :

Tél. :

POLYCLINIQUE CNSS - MARRAKECH

Route de Targa

40000 MARRAKECH

Tél: 0524-34-70-51/73 Fax: 0524-34-42-65

INPE: 070001466 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP: 44138

N° SEJOUR: 230032833

FACTURE N° 2305010087

DATE D'ENTREE: 26/11/2023

DATE DE SORTIE: 26/11/2023

ASSURE: ALAA ABDELHAQ

DESTINATAIRE:

MALADE: NIAR Malika

UF: 5002 URGENCES

ALAA ABDELHAQ

NOM JEUNE FILLE:

N° IMMAT C.N.S.S:

A 591 LOT HBAROUCHI

TIERS PAYANT 1:

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE:

MASSIRA 3 MARRAKECH

TIERS PAYANT 2:

REF. PC 1:

REF. PC 2:

N° SE. SOC. ETRANG.: 06.61.53.58.57

NATURE DE PRESTATION	LETTRE	NOMBRE	PRIX	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
	CLE	x COEF	UNITAIRE		% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN										
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
ACTES DE BIOLOGIE										
ACTE DE BIOLOGIE MEDICALE	B	30.00	1.10	33.00					0.00	33.00
ACTES DE RADIOLOGIE										
ELECTROCARDIOGRAMME	ECG	1.00	100.00	100.00					0.00	100.00
TOTAUX:				253.00						253.00
Intervenant: V0241 DR ITTO ABDELHAMID(GENERALISTE)				PLAFOND PC:					ACOMPTE:	0.00
Arrêtée la présente facture à la somme de:				REMISE:	0.00	REGLE:			AVOIR:	
DEUX CENT CINQUANTE TROIS DHS				RESTE DU:	253.00					

Dr. SALEH LINA
MEDECIN GENERALISTE
INPE 111179503
POLYCLINIQUE CNSS MARRAKECH

DATE FACTURE: 26/11/2023

EDITEE LE: 26/11/2023

PAR: CHATON

ACCIDENT DE TRAVAIL:

N° DE POLICE:

DATE AT:

VISA

Règlement à effectuer à l'ordre de:

POLYCLINIQUE CNSS - MARRAKECH

BANQUE:

BMCE - MARRAKECH MENARA

N° compte bancaire:

011 450 0000 12 210 00 60620 67

ID 206

26/11/2023

Nom

N'KAR ALIKA

Sexe

L'âge

Pacemaker

None

FC

67bpm

P durée

125ms

FC int

176ms

QRS durée

106ms

QT/QTc int

414/438ms

P/QRS/T axis : 77/55/30deg

RV5/SV1 amp. : 1.77 / 0.60mV

RV5+SV1 amp. : 2.37mV

RV6/SV2 amp. : 1.82 / 1.67mV

Dr. SALEH LINA
MEDECIN GENERALISTE
CNSS INPE 111179503
POLYCLINIQUE CNSS MARRAKECH

EnregT Temps2000-01-01 00:04:30

EnregistT Confirmé par

