

## 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° W19-480239

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

12950

Société :

Royal Air Maroc

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Beukim Hassan

Date de naissance :

01/07/1985

Adresse :

Zuc Apt B Boulevard Abdelmoum, Casablanca

Tél. :

0661 596590

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

/ /

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET

# SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

| SOINS DENTAIRES  | Dents<br>Traitées   | Nature<br>des soins | Coefficient   | Coefficient des<br>travaux |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |  |                   |
|--|---|---------------------|---------------|----------------------------|---|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|--|--|--|-------------------|
|  |   |                     |               | Montant des soins          |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |  |                   |
|  |   |                     |               | Début d'exécution          |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |  |                   |
|  |   |                     |               | Fin d'exécution            |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |  |                   |
|  |   |                     |               |                            |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |  |                   |
| <b>O.D.F.</b><br><b>Prothèses dentaires</b><br>        | Détermination du coefficient masticatoire   |                     |               | Coefficient des travaux    |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |  |                   |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> |                     | H             |                            | G |  | 25533412 | 00000000 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 |  |  |  | Montant des soins |
|  | H   |                     | G             |                            |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |  |                   |
|  | 25533412  | 00000000            | 21433552      | 00000000                   |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |  |                   |
| 00000000   | 00000000  | 00000000            | 00000000      |                            |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |  |                   |
| 35533411   | 11433553  |                     |               |                            |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |  |                   |
| (Création, Remont, adjonction)                         |   |                     | Date du devis |                            |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |  |                   |
| Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession |   |                     | Fin de        |                            |   |  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |  |                   |

|  |                |                               |                  |
|--|----------------|-------------------------------|------------------|
| <b>VOLET ADHERENT</b>  |                | NOM : <u>Benkirane Hassan</u> | Mle <u>12950</u> |
| DECLARATION N°   |                | W18-348078                    |                  |
| Date de Dépôt  | Montant engagé | Nbre de pièces Jointes        |                  |
|  |                |                               |                  |
| Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois   |                |                               |                  |
| Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle |                |                               |                  |



W18-348078

DATE DE DEPOT

...../...../201...

|  |  |                                 |
|--|--|---------------------------------|
| <b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>  |  | Mle <u>12950</u>                |
| Nom & Prénom <u>BENKIRANE HASSAN</u>   |  |                                 |
| Fonction : <u>PRU AOL</u>  | Phones : <u>06 61 99 43 90</u>           |                                 |
| Mail : <u>hbenkirane@royalairmaroc.com</u>   |  |                                 |
| <b>MEDECIN</b>   | Prénom du patient <u>Benkirane tineB</u> |                                 |
| Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input checked="" type="checkbox"/>                   | Age <u>2A.1M</u>                         | Date <u>16 SEP. 2019</u>        |
| Nature de la maladie   |  | Date 1ère visite                |
| <u>Affection ORL</u>   |  |                                 |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances  |  |                                 |
|  |  |                                 |
| Nature des actes   | Nbre de Coefficient                      | Montant détaillé des honoraires |
| <u>cb</u>  |  | <u>850,00</u>                   |
| <b>PHARMACIE</b>   |  | Date <u>16/09/19</u>            |
| Montant de la facture  |  | <u>86,90</u>                    |
| Pharmacie Charles Nicolle<br>HEDYA TAK - TAK<br>19, Place Charles Nicolle<br>Casablanca<br>Tel.: 05 22 47 56 44 / 05 22 20 20 41 |  |                                 |
| <b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>  |  | Date : .....                    |
| Désignation des Coefficients   | Montant détaillé des Honoraires          |                                 |
|  |  |                                 |
| <b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>  |  | Date : .....                    |
| Nombre   |  | Montant détaillé des Honoraires |
| AM   | PC                                       | IM                              |
|  |  | IV                              |
|  |  |                                 |



Dr. Mohamed S<sup>Q</sup>ALLI HOUSSAINI

Professeur de Pédiatrie

Ancien Chef de Service de Réanimation Pédiatrique  
et de Néonatalogie Hôpital d'Enfants C.H.U. Ibn Rochd

Spécialiste des Maladies des Enfants et des Nourrissons

Pathologie Néonatale - Urgences Pédiatriques

Exploration et Traitement de l'Asthme de l'Enfant

Membre de la Société Pédiatrique de Pneumologie  
et d'Allergologie

الدكتور محمد صقلي حسيني

أستاذ جامعي في طب الأطفال

رئيس سابقا لمصلحة إنعاش الأطفال  
و المولود الجديد - مستشفى ابن رشد

إختصاصي في أمراض الأطفال و الرضيع  
أمراض المولود الجديد المستعجلات الطبية  
تشخيص و علاج مرض الضيق عند الأطفال  
عضو جمعية الأطفال المختصة في الجهاز  
التنفسي والحساسية

Casablanca, le : .....: الدار البيضاء، في

16.09.2019

Enfant BENKIRANE Zineb

Age : 2 ans 1 mois

1 APIRETIL SIROP (PARACETAMOL)

Graduation à 13, 3 fois / jour, pendant 4 jours

2 NURODOL SIROP

Graduation à 13, 3 fois / jour, pendant 4 jours

3 TOUDEX SIROP (> 1 AN)

1 cuillère à café, 3 fois / jour, pendant 7 jours



Pharmacie Charles Nicolle  
HEDYATAK / TAK  
19, Place Charles Nicolle  
CASABLANCA  
Tél: 05 22 47 56 44 / 05 22 20 20 41

Dr. S<sup>Q</sup>ALLI Mohamed  
Professeur de Pédiatrie  
21, Place Charles Nicolle  
Tél. 0522.26.07.20 / 26.90.07

# Nurodol®

20mg/ml

enfants & nourrissons  
Suspension buvable en flacon

## 1- IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

### a - FORME PHARMACEUTIQUE ET PRESENTATION :

Suspension buvable pédiatrique à 2 % : flacon de 200 ml avec seringue graduée en Gg

### b - COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE :

.....20 mg

.....qsp 1 ml

19,00

antipyrétique.

19,00

état grippaux; douleurs dentaires et courbatures.

le médicament ou d'un médicament apparenté,

- Maladie grave ou...
- Lupus érythémateux disséminé,

### b) MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI

AVANT D'UTILISER CE MEDICAMENT, CONSULTER VOTRE MEDECIN, EN CAS :

- d'antécédent d'asthme associé à une rhinite chronique, une sinusite chronique ou des polypes dans le nez. L'administration de cette spécialité peut entraîner une crise d'asthme, notamment chez certains sujets allergiques à l'aspirine ou à un anti-inflammatoire non stéroïdien (cf. contre-indications),
- lors de la varicelle, il est prudent d'éviter l'utilisation de ce médicament.
- de traitement anticoagulant concomitant : Ce médicament peut entraîner des hémorragies gastro-intestinales ou des ulcères/perforations.
- d'antécédents digestifs (hernie hiatale, hémorragie digestive, ulcère de l'estomac ou du duodénum ancien),
- de maladie du cœur, du foie ou du rein,
- d'intolérance au fructose, syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou déficit en sucrase-isomaltase (maladies métaboliques rares). Dans ce cas; ce médicament est contre-indiqué en raison de la présence de saccharose et de sorbitol.

### AU COURS DU TRAITEMENT :

- en cas de troubles de la vue, PREVENIR VOTRE MEDECIN,
  - en cas d'hémorragie gastro-intestinale, ARRETER LE TRAITEMENT ET CONTACTER IMMEDIATEMENT UN MEDECIN OU UN SERVICE MEDICAL D'URGENCE.
- En cas de diabète ou de régime hypoglycémique (pauvre en sucre), tenir compte de la teneur en saccharose (0,5 g par ml).

### c) CONDUITE DE VEHICULES ET UTILISATION DE MACHINES

Dans de rares cas, la prise de ce médicament peut entraîner des vertiges et des troubles de la vue.

### d) INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

Afin d'éviter d'éventuelles interactions entre plusieurs médicaments, il faut signaler systématiquement tout autre traitement en cours à votre médecin ou à votre pharmacien.

### 4. POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

Voie orale

RESERVE AU NOURRISSON ET A L'ENFANT, DE 6 MOIS A 12 ANS (SOIT ENVIRON 40 KG),

**TOUDEX® Mauve - Cassis**



6 111255 810413

LOT TD104/FC3

04/2021 PPC 67,90

**sirop**

(...), potassium sorbate, sodium benzoate, acide citrique), extrait fluide de cassis et de mauve (potassium sorbate, sodium benzoate, gommes : acacia, xanthane et thixogum, acide citrique monohydrate, aspartame, arôme framboise, eau).

### Propriétés :

**TOUDEX®** est une association synergique de mauve et de cassis (i fluid\*) bénéfiques pour les irritations de la gorge, les encombrements et inflammations des voies respiratoires.

La mauve possède une action pectorale, calmante, adoucissante et émolliente.

Le cassis (i fluid) possède une action anti-inflammatoire naturelle.

\*I fluid est un procédé unique breveté grâce auquel l'ensemble des composants de la plante est précieusement préservé, pour être restitué dans son intégrité.

### Conseils d'utilisation :

Agiter avant utilisation.

Nourrisson (à partir d'un an) : 1 cuillerée à café 2 fois/jour.

Enfant : 1 à 2 cuillerées à café 3 fois/jour.

Adulte : 1 cuillerée à soupe 3 fois/jour.

### Durée d'utilisation :

Une fois le flacon entamé, il doit être utilisé dans le mois suivant son ouverture.

Fabriqué Laboratoire 3i nature

Distribué par Ramo-Pharm

Complément alimentaire n'est pas un médicament