

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.

Biologie 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.

Maladie chronique :

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.



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° P19- 058274

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres **U5549**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **0397**

Société : **ROYAL AIR MAROC**

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : **NAHAS ABDELLAH**

Date de naissance : **20-04-44**

Adresse : **102, Lotissement Mandarone Sidi MAAROUF 1er SAS**

Tél. : **0669585719**

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **08/10/2020**

Nom et prénom du malade : **NAHAS Abdelhak**

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : **Céphalées**

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 : **08/10/2020**

Signature de l'adhérent(e) :

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
28/10/20	C.S	1	300DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/10/2020	254,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

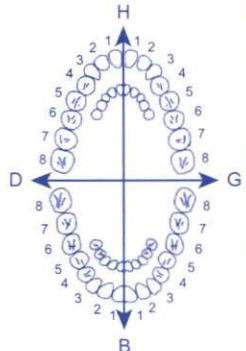
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>			H	H	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B			CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS
	H	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000													
	D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553														
B															
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															

Docteur Moulay Chérif SBAI

NEUROCHIRURGIEN

Diplôme de la Faculté de Médecine

de Strasbourg

Ancien attaché au CHU de Strasbourg

Exploration Neurophysiologique

N° d'inscription au tableau de l'ONM : 2937.

INP : 091125930

الدكتور مولاي الشريف سباعي

أخصائي في أمراض و جراحة الجهاز العصبي

و العمود الفقري

خريج كلية الطب بـستراسبورغ بفرنسا

جراح سابق بالمستشفى الجامعي لستراسبورغ

الفحص الكهربائي للجهاز العصبي

Casablanca le : 08/12/2020

Nom : WAHAB Abdelilah

83,70

Deinoxol 20mg



1/2 x 1/2 matin / 30mg

134,80

Nootropyl 800mg

1 sachet 1/2



35,70

Kardegri 1 sachet 1/2

à 1/2

30mg

T = 254,20

SUP → VOIR - VERSO -

PHARMACIE Ahmed Ali
D.r Ali EL JOUADI
Sidi Maarouf-Casablanca
Tél/Fax : 05 22 97 32 76
Gsm : 06 61 80 54 88

012 par
fr le matin

DR. MOULAY CHÉRIF SBAI
NEUROCHIRURGIEN
Bd Abdelmoumen, 245 Immeuble C
TWIN Résidence, Casablanca
GSM : 06 60 37 01 42
Tél : 022 277 185

En cas d'urgence veuillez contacter la clinique au : 05 22 85 92 20 الإتصال بالمصحة

245 شارع عبد المومن، إقامة توين العمارة C، الطابق 1، رقم 4 - الدار البيضاء

245, Bd Abdelmoumen, Twin Résidence, Immeuble C, 1er étage n°4 Casablanca

E-mail : cherifsbai@hotmail.com: البريد الإلكتروني Tél/Fax : 05 22 27 71 85 GSM : 06 60 37 01 42: المحمول Patente : 3632923

Acetylsalicylic acid solution based
 powder for oral solution based
 LOT: 200214 KARDEGIC 160MG
 PER: 11/2021 SACHETS B30
 a) 1 P.P.V: 35DH70
 KA 6 118001 081189
 b) COMPON
 AC 6
 some accompanying...
 se mandarine, g

LOT 200214
 EXP 02 2024
 PPV 134.80



mm
 AUC
 JA
 11A

1787 217
 BUCHSCHURCH
 1787 217
 1787 217
 1787 217
 1787 217

- Si vous prenez du tamoxifène pour traiter un cancer du sein. DEROXAT pouvant diminuer l'efficacité du tamoxifène, votre médecin pourra vous prescrire DEROXAT.

DEROXAT

Paroxétine

20mg

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

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

ID : 645125



gsk

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que DEROXAT 20mg, comprimé pelliculé sécable et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre DEROXAT 20mg, comprimé pelliculé sécable ?
3. Comment prendre DEROXAT 20mg, comprimé pelliculé sécable ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver DEROXAT 20mg, comprimé pelliculé sécable ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

1. QU'EST-CE QUE DEROXAT 20mg, comprimé pelliculé sécable ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?