

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

- 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

M23-014895

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 823 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : LAAOUINA Khadija
Date de naissance : 01-01-1948
Adresse : 24 Rue Jaber Ben Hayane Ap. 36
ESALIER A 2^e Etage CHABLANET
Tél. : 06 63 07 54 49 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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Prescripteur	Date	Montant de la Faculté
<p>Pharmacie des GÉNÉRATIONS Abdelmajid BALLOUK 53, Rue Jaber Ibn Harane en face de la Commune Sidi Beljouir, Bd d'Arta-Casablanca Tel: 0522.26.50.32</p>	19/04/23	797

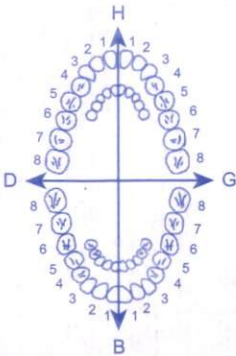
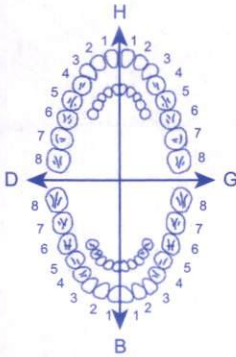
[illegible][illegible]

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	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Coefficient DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Coefficient DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

MONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE DES GENERATIONS
BALLOUK ABDELMAJID
53 RUE JABER IBN HAYANE BD D'ANFA
-CASA-

Tél : 0522207333

19/04/2023

LAAOUINA KHADIJA

FACTURE N° : 15050 du 19/04/2023

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	AZIX 500 MG BT/ 3 CP	79,70	79,70	7%

Total TTC 79,70

Arrêtée la présente Facture à la somme de :
SOIXANTE DIX NEUF DIRHAMS ET SOIXANTE DIX CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	74,49	5,21	79,70
		74,49	5,21	79,70

Pharmacie des GENERATIONS
Abdelmajid BALLOUK
53, Rue Jaber Ibn Hayane en face de la
Commune Sidi Belyoudj Bd D'Anfa Casablanca
Tel : 0522207333 / 0522265032

CNSS : 2356344
Compte :

I.C.E : 000819496000084
Patente : 35506788

INPE:
R.C : 247674

I.F : 40404981
RIB :

Azix®

Azithromycine

COMPOSITION ET PRESENTATION :

Comprimé 500 mg sécable, boîte de 3

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Traitement des infections dues aux germes sensibles :

- infections respiratoires hautes : otite moyenne, pharyngite;

- infections respiratoires basses (y compris bronchite);
- infections odontostomatologiques;
- infections cutanées;
- infections des tissus mous;

- urétrites et cervicites non gonococciques (chlamydiae).

CONTRE-INDICATIONS :

- Antécédents d'allergie à l'azithromycine et aux macrolides;
- Insuffisance hépatique sévère.

MISE EN GARDE :

- Toute manifestation allergique (éruption cutanée) au cours de traitement doit être signalée immédiatement.
- Signaler au médecin traitant toute allergie ou manifestation allergique survenue lors de traitements par les antibiotiques de la famille des macrolides.
- Ce médicament ne doit pas être utilisé chez les patients présentant une maladie hépatique.
- En l'absence de données, l'association aux dérivés de l'ergot de seigle n'est pas recommandée.

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Prévenir le médecin traitant en cas de : Insuffisance hépatique, antécédents allergiques, manifestations cutanées d'origine allergique, prise concomitante d'autres médicaments, grossesse, allaitement.

EFFETS INDESIRABLES :

- Troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhées et douleurs abdominales.
- Manifestations allergiques : prurit, rash cutané, oedème de Quincke.

POSOLOGIE :

Se conformer à la prescription médicale.

Adulte et enfant de plus de 45 kg : 500 mg par jour, 1 comprimé de 500 mg en une prise par jour pendant 3 jours.

MODE D'ADMINISTRATION :

Azix peut être pris pendant ou en dehors des repas.

TABLEAU A (LISTE I).



bottu s.a

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable