

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.

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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 066143

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1212 Société : 32748

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BEGAR KHADLOU

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 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 : 13/02/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU

PREVENTORIUM

SEJOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit

d'actes répétés en plusieurs séances ou actes

globaux comportant un ou plusieurs échelonnées

dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

- L'ORTHOPEDIE

- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS

- LES CURES THERMALES

- LA CIRCONCISION

- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

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

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA

CASABLANCA

TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83

FAX : 05 22 91 26 52

TELEX : 3998 MUT

E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS

749407

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : BEGGAR Khaddouf (Veuve Sadiqi)

Matricule : 0001012 Fonction : Poste :

Adresse : Hay moulay Abdellah rue 132 mc 46 ain chok

Tél. : 0662707784 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Age

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie :

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A le / / Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION

749407

Matricule N° :

Nom du patient :

Date de dépôt :

Montant engagé

Nombre de pièces jointes :



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| | 7/7/2002 | 54,2 |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et Signature du praticien | Dates des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|-----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

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

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | |
|----------------------------|---|------------------|-------------|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|--|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANT DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | |
| | <table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> | | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANT DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | |
| | (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

EL HASKI Mohamed

Aîn Chock - Casablanca

Tél.: 05 22 52 87 67 .

Taxe Professionnelle : 34021981- R.C. : 204496



دولة الخليل

سکری محمد

الخليك حى مولاي عبد الله

بيت الشق - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 52 87 67

ض.م. : 34021981 - س.ت. : 204496

LOT:20005


PER:02/20
FILED:02/20

11-231450

FACTURE N° 4142

Casablanca, le 7/7/2021

Client.....

| Quantité | Désignation | Prix Unitaire | Montant |
|----------|----------------|---------------|---|
| 3 | Aureomycin br | 9.30 | 27.90 |
| 2 | Dolip 500 mg 4 | 10.30 | 20.60 |
| 1 | Aureomycin oph | 5.50 | 5.50 |
| | | | <hr/> 54.00 |
| | | |  |
| | | Total | |

Auréomycine 3 %

Chlortétracycline chlorhydrate
Pommade dermatique

Composition :

Chlortétracycline Chlorhydrate 0,45 g
Excipients q.s.p 15 g

Propriétés :

Antibiothérapie locale.

La chlortétracycline est un antibiotique de la famille des cyclines, antibiotique bactériostatique.

Indications thérapeutiques :

Traitement des infections cutanées à germes sensibles : folliculites, furoncles, pyodermes, plaies infectées, ulcères, escarres, impétigo, ecthyma.

Contre-indications :

Allergie aux tétracyclines.

Lésions mycosiques.

Infections mammaires, lors de l'allaitement, en raison du risque d'absorption du produit par le nouveau-né.

Effets indésirables :

Réactions allergiques.

Risque de photosensibilisation.

Précautions d'emploi :

En raison d'une photosensibilisation possible, éviter l'exposition au soleil.

Ne pas utiliser la pommade dermatique sur les lésions suintantes, macérées et dans les plis, ainsi que sur les ulcères des jambes.

Femme enceinte : l'utilisation prolongée est à éviter.

Mode d'emploi et posologie :

Application en couches minces, 2 à 4 fois par 24 heures .

Recouvrir de préférence avec un pansement stérile.

Forme et présentation :

Pommade dermatique - tube de 15 g



LOT 10724
PER 10724
PPV 90830

9,30



Auréomycine 3 %

Chlortétracycline chlorhydrate
Pommade dermatique

Composition :

Chlortétracycline Chlorhydrate 0,45 g
Excipients q.s.p 15 g

Propriétés :

Antibiothérapie locale.

La chlortétracycline est un antibiotique de la famille des cyclines, antibiotique bactériostatique.

Indications thérapeutiques :

Traitement des infections cutanées à germes sensibles : folliculites, furoncles, pyodermes, plaies infectées, ulcères, escarres, impétigo, ecthyma.

Contre-indications :

Allergie aux tétracyclines.

Lésions mycosiques.

Infections mammaires, lors de l'allaitement, en raison du risque d'absorption du produit par le nouveau-né.

Effets indésirables :

Réactions allergiques.

Risque de photosensibilisation.

Précautions d'emploi :

En raison d'une photosensibilisation possible, éviter l'exposition au soleil.

Ne pas utiliser la pommade dermatique sur les lésions suintantes, macérées et dans les plis, ainsi que sur les ulcères des jambes.

Femme enceinte : l'utilisation prolongée est à éviter.

Mode d'emploi et posologie :

Application en couches minces, 2 à 4 fois par 24 heures .

Recouvrir de préférence avec un pansement stérile.

Forme et présentation :

Pommade dermatique - tube de 15 g



LOT 10724
PER 10724
PPV 90830

9,30



Auréomycine 3 %

Chlortétracycline chlorhydrate
Pommade dermatique

Composition :

Chlortétracycline Chlorhydrate 0,45 g
Excipients q.s.p 15 g

Propriétés :

Antibiothérapie locale.

La chlortétracycline est un antibiotique de la famille des cyclines, antibiotique bactériostatique.

Indications thérapeutiques :

Traitement des infections cutanées à germes sensibles : folliculites, furoncles, pyodermes, plaies infectées, ulcères, escarres, impétigo, ecthyma.

Contre-indications :

Allergie aux tétracyclines.

Lésions mycosiques.

Infections mammaires, lors de l'allaitement, en raison du risque d'absorption du produit par le nouveau-né.

Effets indésirables :

Réactions allergiques.

Risque de photosensibilisation.

Précautions d'emploi :

En raison d'une photosensibilisation possible, éviter l'exposition au soleil.

Ne pas utiliser la pommade dermatique sur les lésions suintantes, macérées et dans les plis, ainsi que sur les ulcères des jambes.

Femme enceinte : l'utilisation prolongée est à éviter.

Mode d'emploi et posologie :

Application en couches minces, 2 à 4 fois par 24 heures .

Recouvrir de préférence avec un pansement stérile.

Forme et présentation :

Pommade dermatique - tube de 15 g



LOT 10724
PER 10724
PPV 90830

9,30



Doliprane® 500 mg

PARACÉTAMOL

comprimé

COMPOSITION ET PRESENTATION :

- Paracétamol 500 mg

- Excipients: qsp 1 comprimé

Boîte de 20 comprimés.

PROPRIETES :

Ce médicament est un **antalgique**. Il calme la douleur.

Il est **antipyrétique**. Il fait baisser la température en cas de fièvre.

INDICATIONS :

Ce médicament contient du paracétamol.

Il est indiqué dans les maladies avec douleur et/ou fièvre, telle que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses, chez l'adulte et l'enfant à partir de 27kg : (environ 8 ans).

CONTRE-INDICATIONS :

Ne pas utiliser en cas :

- d'allergie connue au paracétamol,
- maladie grave du foie.

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Il existe des dosages plus adaptés pour l'enfant de moins de 27 kg : (moins de 8 ans environ).

- Compte-tenu des posologies recommandées, il est inutile d'alterner la prise d'aspirine et de paracétamol.

Avant de prendre du paracétamol, il est nécessaire de consulter votre médecin en cas de maladie grave des reins ou du foie.

- Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou si elles s'aggravent, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS II FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

Ce médicament contient du paracétamol, d'autres médicaments en contiennent.
Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose maximale.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT :

Doliprane® 500 mg comprimé peut être utilisé.

10,30

| | |
|-----|--------|
| PPV | 100H30 |
| PER | 12/22 |
| LOT | 12803 |



Doliprane® 500 mg

PARACÉTAMOL

comprimé

COMPOSITION ET PRESENTATION :

- Paracétamol 500 mg

- Excipients: qsp 1 comprimé

Boîte de 20 comprimés.

PROPRIETES :

Ce médicament est un **antalgique**. Il calme la douleur.

Il est **antipyrétique**. Il fait baisser la température en cas de fièvre.

INDICATIONS :

Ce médicament contient du paracétamol.

Il est indiqué dans les maladies avec douleur et/ou fièvre, telle que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses, chez l'adulte et l'enfant à partir de 27kg : (environ 8 ans).

CONTRE-INDICATIONS :

Ne pas utiliser en cas :

- d'allergie connue au paracétamol,
- maladie grave du foie.

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Il existe des dosages plus adaptés pour l'enfant de moins de 27 kg : (moins de 8 ans environ).

- Compte-tenu des posologies recommandées, il est inutile d'alterner la prise d'aspirine et de paracétamol.

Avant de prendre du paracétamol, il est nécessaire de consulter votre médecin en cas de maladie grave des reins ou du foie.

- Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou si elles s'aggravent, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES

AFIN D'EVITER D'EVENUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS II FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

Ce médicament contient du paracétamol, d'autres médicaments en contiennent.
Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose maximale.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT :

Doliprane® 500 mg comprimé peut être utilisé.

