

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.

Education :

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



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8243

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : RIAHI HASSI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06639997265 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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-063872

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Déclaration de Maladie

N° P19- 063872

ND: 35986

Optique Autres

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

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

= Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien	SF = Actes pratiqués par la sage femme et relevant de sa compétence
= Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)	SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
Y = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre	AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
= Visite de jour au domicile du malade par le médecin	AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
= Visite de nuit au domicile du malade par le médecin	AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
= Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade	AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
= Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié	R-Z = Electro - Radiologie
= Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie	B = Analyses
= Actes de chirurgie et de spécialistes	

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.

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

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

OSPITALISATION EN CLINIQUE

OSPITALISATION EN HOPITAL

OSPITALISATION EN SANATORIUM OU
EVENTORIUM

JOUR EN MAISON DE REPOS

ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit
des répétés en plusieurs séances ou actes
baux comportant un ou plusieurs échelons
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

En cas d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit venir 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 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 1574024

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : RiAHI HADJ

Matricule : 8243 Fonction : AGENT FINANCIER Poste : SAISI

Adresse : _____

Tél. : 0669997265 Signature Adhérent : Rihi

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	1574024	MUPRAS
Matricule N° : _____		
Nom du patient : _____		
Date de dépôt : _____		
Montant engagé : _____		
Nombre de pièces jointes : _____		

RELEVE 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
<u>26</u> <u>03</u> <u>20</u> 27/04/20	Const	300.00	G	DR A. BENCHERIF SPECIALISTE EN CHIRURGIE COELIOTOMIE PROCTOLOGIE que CHAUVIN TROUN CHIRURGIE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Chaouid Av. Moulay Ismail, 26102 Tél. : 0522 33 72 09 Fax : 062018379	26/03/2023 27/04/2023	126,80 45,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

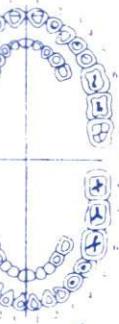
VOLET ADHERENT

* 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 s

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement cancéreux 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 PRÓTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D G B	H 21433552 00000000 00000000 35533411 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				MONTANT DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX



مصحة الشاوية
CLINIQUE CHAOUIA



060003332

ORDONNANCE

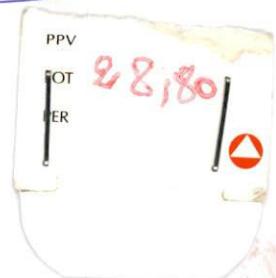
Riyadli Aymen

Berrechid, le 27/04/2020.

Dysfonctionnement sexuel
1 an 11 mois x 2 / j
AS Shop (1 fl)

Dr A. BENCHEKROUN
SPECIALISTE EN CHIRURGIE
PHARMACIE BERRECHID
3, Rue Okba Ibnou Nafie - BERRECHID
Angle Rue Okba Ibnou Nafie - BERRECHID
Télé : 05 22 33 66 22 / 05 22 33 66 62 - Fax : 05 22 32 57 58
E-mail : clinichaouia@gmail.com - ICE : 001533090000059

DR A. BENCHEKROUN
SPECIALISTE EN CHIRURGIE
COELIOCHIRURGIE
PROCTOLOGIE
Clinique CHAOUIA BERRECHID
CLINIQUE CHAOUIA
3, Rue Okba Ibnou Nafie - BERRECHID
Télé : 05 22 33 66 22 / 05 22 33 66 62 - Fax : 05 22 32 57 58
E-mail : clinichaouia@gmail.com - ICE : 001533090000059





ORDONNANCE

Riadh Aymane :

Berrechid, le 26/03/2020

17,80

Mifosogyl 100 mg (1 tube)



1 capsule x 2/j

16,60

Betadine hub

1 flacon



93,00

Jibertin 500 mg 1 g/1h

1 g x 3/j



T = 126,80

BERRADA Omar
Pharmacie Chouia

182, Av. Moulay Ismail, 26102
Berrechid - Tél. : 0522 33 72 29
INPE : 062018379

DR A. BENCHEKROUN
SPECIALISTE EN CHIRURGIE
COELIOTHIRURGIE
PROCTOLOGIE
CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE
CLINIQUE CHAOUIA
3, Rue Okba Ibnou Nafie
BERRECHID -
Tél. 0522 33 66 22 / 0522 33 66 62 Fax : 0522 33 67 55

noumission. En régle générale, demander la grossesse et l'allaitement ! Convient de toujours conseiller votre médecin ou votre pharmacien avant d'utiliser des substances actives dans les médicaments.

SACHETS. Posséder le mode d'administration. Fréquence d'administration : tous les deux à la fois. Possibilité d'absorber au maximum.

IBERTIN® 1g/125 mg - Chaque dose : IBERTIN® 1g/125 mg
Adultes : somniféral 40 à 80 g/j

IBERON® 62,5 mg - Chaque dose : IBERON® 62,5 mg
Adultes : somniféral en 2 prises.

- infections sinusitiques graves : sinusites, sinus rhinosinusites.
- infections respiratoires basses de l'enfant de 30 mois à 5 ans.
- sinusites.
- infections respiratoires basses de l'enfant de 30 mois à 5 ans.
- sinusites.
- infections urinaires récidivantes ou comprenant une réexacerbation chronique.
- infections stomatologiques sévères : abcès, phlegmons, cellulites, prosstatites.

Cependant, il faut interrompre le traitement (ou l'allongement) en cas de survenue de défaillance. Cependant, lorsque dans le fait matériel est stable, l'interrompre une fois que son passage dans le fait matériel est

- Exacerbations de bronchopneumopathies chroniques
- Pneumopathies aiguës de plateau à risque, notamment éthylique ou tabagique, âgée de plus de 65 ans ou présentant d'autres alièges récidivantes, cystites non compliquées de toutes sortes et la déglutition.

Grossesse ; l'insinuation pendante la grossesse et l'allaitement.

- Chez l'adulte :
- Oties moyennes algues de l'adulte
- Sinusites maxillaires algues et autres formes de sinusites.
- Amygdales reddouvertes, amygdalite chronique.

calculator
functions
variables
Pre-algebra

Le RETINOL® se montre aussi sûr sur les peaux les plus sensibles.

6. Informations supplémentaires.

7. SACHESTS. ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?

8. 1. QUEST-CE QUE BERTINI® 1G/125 MG 500MG/

PER: 12-2021
LOT: 16619002

1. Qu'est-ce que le BERTINI® 19725 mg, 500mg/62,5 mg ?
2. Quelles sont les indications à connaître avant de prendre le BERTINI® 19725 mg, 500mg/62,5 mg ?
3. Comment prendre le BERTINI® 19725 mg, 500mg/62,5 mg ?

• Si l'un des effets indésirables dévient grave ou si vous remarquez des effets indésirables, cela pourra-t-il être nocif.

- Allergie à un des composants du groupe des cephalosporines.
- Allergie à un des antidiabetiques ou groupes de médicaments.
- Antécédent d'allergie hépatique liée à l'association amoxicilline-clavulanate.

- Gardez cette notice, vous pourrez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un dou

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE IBERTIN® 1G/125 MG, 500MG/62,5 MG SACHE ? Ne pas prendre IBERTIN® 1G/125 MG, 500MG/62,5

IBERTIN® 1g/125 mg, 500mg/62,5 mg, Sachets

Mitosyl®

Irritations

POMMADE

Tube de 65 g

La persistance des symptômes, l'aggravation ou l'extension des irritations imposent de consulter un médecin.

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament.

Gardez cette notice, vous pourrez la consulter ultérieurement.

Si vous avez besoin de plus d'informations, consultez votre pharmacien.

PER : 10/2021
LOT : 9M4295

MITOSYL IRRITATIONS

PDE T65G

P.P.V. : 17DH20



6 118000 061311

Que contient Mitosyl Irritations ?

- Les substances actives sont l'huile de foie de poisson, l'oxyde de zinc.
- Cette pommade contient 12 000 UI de vitamine A pour 100 g.
- Les autres composants sont l'huile essentielle de géranium, le salicylate de méthyle, le butylhydroxyanisole, la vaseline, la graisse de laine, l'eau purifiée.

Qu'est-ce que Mitosyl Irritations et dans quel cas est-il utilisé ?

Ce médicament est indiqué en cas d'irritation de la peau, notamment en cas d'érythème fessier (fesses rouges) du nourrisson.

Informations nécessaires avant d'utiliser Mitosyl Irritations

Ce médicament ne doit pas être utilisé en cas de :

- allergie connue à l'un des composants, notamment aux salicylés, à la graisse de laine (ou lanoline), ou autres constituants de la pommade,
 - lésions suintantes,
 - lésions surinfectées.

Prendre des précautions avec Mitosyl Irritations

Ce médicament n'est pas un traitement préventif des fesses rouges du nourrisson.

En raison du risque de passage de la vitamine A dans le sang et donc du risque d'hypervitaminose, il est impératif de respecter la posologie et de ne pas appliquer la pommade :

- sur une grande surface,
- sous pansement occlusif,
- sur une muqueuse,
- sur une peau profondément lésée,
- chez le prématuré.

Irritation cutanée : en cas de persistance des symptômes au delà de 5 jours, consultez un médecin ou demandez conseil au pharmacien.

Fesses rouges du nourrisson : dans le cas où l'érythème fessier du nourrisson persiste au-delà de 3 jours consultez un médecin ou demandez conseil au pharmacien.

GROSSESSE - ALLAITEMENT

Grossesse : Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse que sur les conseils de votre médecin.