

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.

Diagnostique 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.

Prothèse :

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- 063872
ND: 35986
☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8243 Société : RAI
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
Nom & Prénom : RAIH Hady
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 0669997265 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 ADHERENT

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 :

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.

Le 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

OSPITALISATION EN CLINIQUE
OSPITALISATION EN HOPITAL
OSPITALISATION EN SANATORIUM OU
EVENTORIUM
JOUR EN MAISON DE REPOS
S ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
ctes répétés en plusieurs séances ou actes
bux comportant un ou plusieurs échelonnées
ns 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 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 / 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 1574024

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : RIAH HADJ
Matricule : 8243 Fonction : AGENT FIABILISATION Poste :
Adresse :
Tél. : 0669997265 Signature Adhérent : Ri

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


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
26/03		Ceint	300.00	 DR A. BENGHEKROUN SPECIALISTE EN CHIRURGIE COE PROCTOLOGIE Clinique CHAQUIA
27/04/20		Ceint	G	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie Chaouia 182 Av. Moulay Ismail, 26102 Telfonid - Tél. : 0522 33 77 29 TPE : 062018379	26/03/20 27/04/20	126.80 45.40

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	

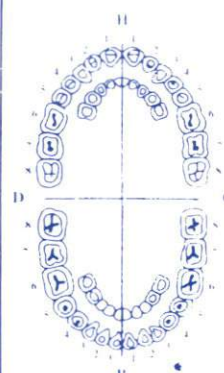
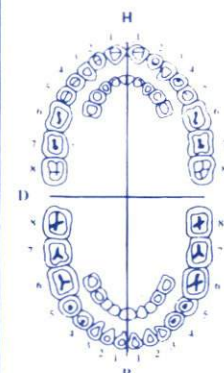
VOLET ADHERENT

* 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 soins.

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire 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="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		H																							
25533412		21433552																							
00000000		00000000																							
D		G																							
00000000		00000000																							
35533411		11433553																							
B																									
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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'EXECUTION



مصحة الشاوية
CLINIQUE CHAOUIA



060003332

ORDONNANCE

Riyali Ayman

Berrechid, le 27/04/2020

1 Ampoule Snop (1 fl)
1 cuill x 2 / j

DR A. BENCHEKROUN
SPECIALISTE EN CHIRURGIE
COELIOCHIRURGIE
PROCTOLOGIE
Clinique CHAOUIA BERRECHID

CLINIQUE CHAOUIA
3, Rue Okba Ibnou Nafie
- BERRECHID -
Tél: 05 22 33 66 22 / 05 22 33 66 62





مصحّة الشاوية
CLINIQUE CHAOUIA



060003332

ORDONNANCE

Riachi Aymane :

Berrechid, le 26/03/2020

17,80 Mitosyl pour (1 tube) (S.V)

1 appl x 2 j

16,60 Betadine hub (Hub) (S.P) (S.V)

93,00 Ibuprofen sachet 1 g (1 b) (S.V)

1 g x 3 j

T = 126,80

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

DR A. BENCHEKROUN
SPECIALISTE EN CHIRURGIE
COELIOCHIRURGIE
PROCTOLOGIE
CLINIQUE CHAOUIA
3, Rue Okba Ibnou Nafie
- BERRECHID -
Tél: 0522 33 66 22 / 33 66 62 Fax: 0522 33 67 5

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

Veillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament.

• Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la lire.

• Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'information à votre médecin ou à votre pharmacien.

• Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

• Si un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Sommaire notice :

1. Qu'est-ce que **IBERTIN®** 1g/125 mg, 500mg/62,5 mg ?

2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre **IBERTIN®** 1g/125 mg, 500mg/62,5 mg Sachets ?

3. Comment prendre **IBERTIN®** 1g/125 mg, 500mg/62,5 mg Sachets ?

Sachets ?

4. Quels sont les éventuels effets indésirables ?

5. Comment conserver **IBERTIN®** 1g/125 mg, 500mg/62,5 mg Sachets ?

6. Informations supplémentaires.

SACHETS, ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : **ANTIBACTÉRIENS A SPECTRE ÉTENDU**

Code ATC : **J01CR02**

IBERTIN® est une association d'amoxicilline et d'acide clavulanique.

Le mode d'action inhibe rapidement et irréversiblement la production de bêta-lactamases produites par des bactéries à Gram + et Gram -.

IBERTIN® se montre actif sur un nombre important de bactéries y compris les bactéries résistantes par sécrétion de bêta-lactamases.

de type essentiellement pénicillines.

IBERTIN® est indiqué dans les cas suivants :

• Otitis moyennes aiguës de l'adulte

• Otitis moyennes aiguës de l'enfant

• Sinusites maxillaires aiguës et autres formes de sinusites.

• Surinfections de bronchites aiguës du patient à risque, notamment

éthérique chronique, tabagique, âgé de plus de 65 ans, en cas de

Exacerbations de broncho-pneumopathies chroniques

Pneumopathies aiguës du patient à risque, notamment

chronique, tabagique, âgé de plus de 65 ans ou présentant des

troubles de la déglutition.

• Cystites aiguës récidivantes, cystites non compliquées de la

ferme et pyélonéphrites aiguës non compliquées dues à des

germes sensibles

• Infections gynécologiques hautes, en association à un autre

antibiotique actif sur les chlamydiae.

• Infections stomatologiques sévères : abcès, phlegmons, cellulites.

• Parodontites

• Traitement de relais de la voie injectable.

• Infections respiratoires basses de l'enfant de 30 mois à 5 ans.

• Surinfections de broncho-pneumopathies chroniques.

• Infections urinaires récidivantes ou compliquées à l'exclusion des

prostatites.

• Infections stomatologiques sévères : abcès, phlegmons, cellulites.



PPV: 93DH00
PER: 12-2021
LOT: 16619002

Mises en garde spéciales :

• Phénylétanamine, en raison de la présence d'aspartame (E951).

• Allergie aux antibiotiques de la famille des bêta-lactames (pénicillines, céphalosporines) : tenir compte du risque d'allergie croisée avec les antibiotiques du groupe des céphalosporines.

• Allergie à l'un des composants du médicament.

• Antécédent d'atteinte hépatique liée à l'association amoxicilline-acide clavulanique.

• Phénylétanamine, en raison de la présence d'aspartame (E951).

• Allergie aux antibiotiques de la famille des bêta-lactames (pénicillines, céphalosporines) : tenir compte du risque d'allergie croisée avec les antibiotiques du groupe des céphalosporines.

• Allergie à l'un des composants du médicament.

• Antécédent d'atteinte hépatique liée à l'association amoxicilline-acide clavulanique.

• Phénylétanamine, en raison de la présence d'aspartame (E951).

• Allergie aux antibiotiques de la famille des bêta-lactames (pénicillines, céphalosporines) : tenir compte du risque d'allergie croisée avec les antibiotiques du groupe des céphalosporines.

• Allergie à l'un des composants du médicament.

• Antécédent d'atteinte hépatique liée à l'association amoxicilline-acide clavulanique.

• Phénylétanamine, en raison de la présence d'aspartame (E951).

• Allergie aux antibiotiques de la famille des bêta-lactames (pénicillines, céphalosporines) : tenir compte du risque d'allergie croisée avec les antibiotiques du groupe des céphalosporines.

• Allergie à l'un des composants du médicament.

• Antécédent d'atteinte hépatique liée à l'association amoxicilline-acide clavulanique.

• Phénylétanamine, en raison de la présence d'aspartame (E951).

• Allergie aux antibiotiques de la famille des bêta-lactames (pénicillines, céphalosporines) : tenir compte du risque d'allergie croisée avec les antibiotiques du groupe des céphalosporines.

• Allergie à l'un des composants du médicament.

• Antécédent d'atteinte hépatique liée à l'association amoxicilline-acide clavulanique.

• Phénylétanamine, en raison de la présence d'aspartame (E951).

• Allergie aux antibiotiques de la famille des bêta-lactames (pénicillines, céphalosporines) : tenir compte du risque d'allergie croisée avec les antibiotiques du groupe des céphalosporines.

• Allergie à l'un des composants du médicament.

• Antécédent d'atteinte hépatique liée à l'association amoxicilline-acide clavulanique.

• Phénylétanamine, en raison de la présence d'aspartame (E951).

• Allergie aux antibiotiques de la famille des bêta-lactames (pénicillines, céphalosporines) : tenir compte du risque d'allergie croisée avec les antibiotiques du groupe des céphalosporines.

• Allergie à l'un des composants du médicament.

• Antécédent d'atteinte hépatique liée à l'association amoxicilline-acide clavulanique.

• Phénylétanamine, en raison de la présence d'aspartame (E951).

• Allergie aux antibiotiques de la famille des bêta-lactames (pénicillines, céphalosporines) : tenir compte du risque d'allergie croisée avec les antibiotiques du groupe des céphalosporines.

• Allergie à l'un des composants du médicament.

• Antécédent d'atteinte hépatique liée à l'association amoxicilline-acide clavulanique.

• Phénylétanamine, en raison de la présence d'aspartame (E951).

• Allergie aux antibiotiques de la famille des bêta-lactames (pénicillines, céphalosporines) : tenir compte du risque d'allergie croisée avec les antibiotiques du groupe des céphalosporines.

• Allergie à l'un des composants du médicament.

• Antécédent d'atteinte hépatique liée à l'association amoxicilline-acide clavulanique.

• Phénylétanamine, en raison de la présence d'aspartame (E951).

• Allergie aux antibiotiques de la famille des bêta-lactames (pénicillines, céphalosporines) : tenir compte du risque d'allergie croisée avec les antibiotiques du groupe des céphalosporines.

• Allergie à l'un des composants du médicament.

• Antécédent d'atteinte hépatique liée à l'association amoxicilline-acide clavulanique.

Mitosyl®

Irritations

POMMADE

Tube de 65 g

La persistance des symptômes, l'aggravation imposent de lire attentivement cette notice. Gardez cette notice, vous pourriez en avoir besoin.

LOT : 6MA295
PER : 10/2021

MITOSYL IRRITATIONS
PDE T65G

P.P.V : 17DH20



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.