

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, parodontologie 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

- Reclamation : 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

N° W19-504223

19915

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12293 Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZERRADI Houhucine

Date de naissance : 22/03/83

Adresse :

Tél. : 0671464437 Total des frais engagés : 494,5 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/01/2020

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 : Casa Le : 16/01/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-504223

Remplissez ce volet, découpez le et conservez-le. Matricule :

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure. Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés : 494,5

Coupon à conserver par l'adhérent(e). Date de dépôt :

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
01/10/20	G		25	INP : 01126490

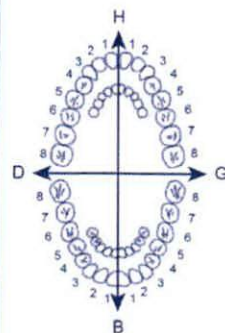
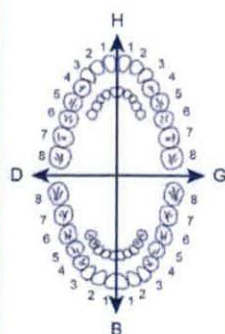
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/10/20	244,50

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOILET ADHERENT

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

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	INP : <input type="text"/>														
																		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
																		
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
[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														

Dr Mohamed SEDIRA

PÉDIATRE

Prématuré - Nouveau Né - Nourisson - Enfant
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de Sport

15, Avenue des F.A.R
1er Etage - Appt. N° 4 - Mohammedia
Tél. C. : 05 23 31 06 08
Urgence : 06 63 44 32 71

الدكتور محمد سديرة

طب الأطفال

الرضيع - الأطفال
خريج كلية الطب بباريس
الطب الرياضي

15, شارع الجيش الملكي
الطابق الأول - شقة رقم 4 - الحمدية

العيادة : 05 23 31 06 08

المستعجلات : 06 63 44 32 71

Mohammedia, le 16.01.2020 في الحمدية

Dr. ZERRANI Samouel

1700

Dr.

Mosetel 100g

1mg. AS

14900

Dr.

OLD cream

10ft x 2m

3190

Dr.

Prime die

1/2 cc - 6 times

78006

466

IXOR 10mg

1/4 g nature

SV

24450

Dr. Abdou Mohamed
15, Av. des F.A.R. Elise
Appt. 4 Mohammedia
Tél: 0233310188



CIE ORTHOPEDIE
U MAGHREB
M. TAZI YOUNES
AVENUE DES F.A.R. MOHAMMEDIA
05 23 32 24 16 / INPE : 092040880



Supposedal Paracétamol

Nourrisson - Enfant - Adulte

Composition :

	Nourrisson	Enfant
Paracétamol	100 mg	250 mg
Essence de Niaouli	-	-
Extrait de Grindélia	10 mg	20 mg
Extrait de Gelsémium	5 mg	10 mg
Excipients q.s.p	1 suppositoire	1 suppositoire

Propriétés :

- Antalgique périphérique, antipyrétique.
- Association de paracétamol, d'extraits de grindélia et de gelsémium (phytothérapie à visée antitussive) et d'huile essentielle de niaouli dans la forme adulte uniquement (traditionnellement considéré comme un antiseptique des voies respiratoires)

Indications :

- Traitement symptomatique des douleurs d'intensité légère à modérée (douleurs dentaires...) et/ou des états fébriles accompagnés de maux de tête, de courbatures.
- Traitement antipyrétique au cours des affections bronchiques aiguës bénignes.

Contre-indications :

- Allergie au paracétamol.
- Insuffisance hépatocellulaire.
- Antécédent récent de rectites, d'anites ou de rectorragies.
- Adulte : En cas d'antécédents d'épilepsie, tenir compte de la présence de terpènes dans la forme adulte uniquement.

ont une toxicité neurologique dans le lait sont absentes.

Effets indésirables :

- Quelques rares cas d'accidents allergiques (simples rashes cutanés avec érythème ou urticaire) ont été observés et nécessitent l'arrêt du traitement.
- De très exceptionnels cas de thrombopénie, leucopénie et neutropénie ont été signalés.
- Irritation rectale et anale.

Posologie et mode d'administration :

Posologie :

Chez le nourrisson et l'enfant, il est impératif de respecter les posologies définies en fonction du poids et donc de choisir une présentation adaptée. La dose quotidienne de paracétamol recommandée dépend du poids du nourrisson ou de l'enfant ; elle est d'environ 60 mg/kg/jour, à répartir en 4 prises, soit environ 15 mg/kg toutes les 6 heures.

Suppositoire à 100 mg :

- Réserve au nourrisson.
- 1 suppositoire à 100 mg, à renouveler si besoin au bout