

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 canaux, 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 canaux.

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-695298

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4313 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAABI Abdelmajid

Date de naissance : 03.04.1956

Adresse :

Tél. : 0522807275 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BENAIM NASAT 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 : CASABLANCA Le : 3/3/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



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
REVENTORIUM
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 échelonnages
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 se présenter 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 860385

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : CHAAFI Abdelaziz
Matricule : 4313 Fonction : Receveur Poste :
Adresse : 6 RUE ABU OMAR EL HARTOUCI 2020 Casablanca
Tél. : 05 22 80 72 75 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : BENAIM Najar Age
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : 09/03/2022
Nature de la maladie : affection de
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

Matricule N° : 860385
Nom du patient : BENAIM NAJAT
Date de dépôt : 9-3-2022
Montant engagé : 525,00
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
04/03/2022		1	25006	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/03/22	375.70

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												
				MONTANT DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>B</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			25533412	H	21433552	00000000		00000000	00000000	D	G	35533411	B	11433553	Coefficient DES TRAVAUX
	25533412	H	21433552													
	00000000		00000000													
	00000000	D	G													
	35533411	B	11433553													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Ilham Chah

MEDECINE GENERALE

ECHOGRAPHIQUE



الدكتورة إلهام شاه

الطب العام

الفحص بالصدى

M. BENAÏM Najal
Ordonnance

63.00x2

Casablanca, Le 04/03/2022

① Macromax 500 — 9

55.106 / 1 / 106

② Amoxicil 1g

56.30 / 1 / 106

③ D. cure

69.106 AB / 15

④ Noctivol 5g

27.70 x 2

⑤ Cardioaspirin 100 mg/30cps

27.70 x 2

⑥ Noliphan 1g

375.70

PPV: 55,00 DH
LOT: 646250
PER: 09/22

Pharmacie CHA
Mme CHA
Rue Mouhassine el Mehroubi
Tel: 0522 98 09 22 - Casablanca

Cardioaspirin 100 mg/30cps
Acide acetylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

Cardioaspirin 100 mg/30cps
Acide acetylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

3, Rue Abdesalam El Khatabi, AV 2 Mars 1 Etage Appt N° 2 Casablanca

الهاتف: 05 22 83 74 44 / 05 22 28 34 52 Tél: 05 22 83 74 44 : المستعجلات : 06 61 46 84 49

زقة عبد السلام الخطابي شارع 2 مارس الطابق الأول، رقم 2 - الدار البيضاء

Doliprane® 1000mg

PARACÉTAMOL

Comprimés

DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé :

La substance active est : paracétamol 1000 mg, sous forme de comprimé (1111,11 mg), pour un comprimé.

Les autres composants sont : croscarmellose sodique, mais pré-gélatinisé, acide stéarique (origine végétale).

QU'EST-CE QUE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ?

Ce médicament contient du paracétamol. Il est indiqué en cas de douleurs telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, douleurs rhumatismales, douleurs musculaires, douleurs nerveuses. Il peut également être prescrit par votre médecin en cas de l'arthrose.

Cette présentation est réservée à l'adulte (à partir de 15 ans). Lire attentivement la rubrique "Posologie".

Pour les enfants de moins de 15 ans, il existe d'autres présentations. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

QUELLES SONT LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES À LA PRISE EN COMPTE DE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ?

Contre-indications :

Ne pas prendre DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé dans les cas suivants : insuffisance du foie, insuffisance rénale, allergie connue au paracétamol, maladie grave du foie, enfants de moins de 15 ans.

PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ :

Précautions Particulières :

Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours, consultez votre médecin. Si la douleur est accompagnée de symptômes tels que nausées, vomissements, diarrhées, ou si vous remarquez des symptômes de survenue de tout autre signe, ne pas continuer la prise de votre médicament.

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

Mises en garde :

En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une dose trop élevée, consultez immédiatement votre médecin.

Ce médicament contient du paracétamol. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée (cf. chapitre "Posologie").

Grossesse et allaitement :

Le Paracétamol, dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant la grossesse ainsi qu'en cas d'allaitement.

PPV: 14DH00
PER: 11/24
LOT: K3126



Doliprane® 1000 mg
PARACÉTAMOL
10 Comprimés



8 118000 040972

Contient sans

Macromax®

Azithromycine

POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE - POUDRE POUR SACHET - COM

COMPOSITION ET PRESENTATION :

Azithromycine (DCI) dihydrate

Comprimés 500 mg, boîte de 3 comprimés

Poudre pour sachet à 100 mg par voie orale, boîte de 3 sachets
Poudre pour sachet à 200 mg par voie orale, boîte de 3 sachets
Poudre pour sachet à 300 mg par voie orale, boîte de 3 sachets
Poudre pour sachet à 400 mg par voie orale, boîte de 3 sachets
Poudre pour suspension buvable 200 mg/5 ml, flacon de 15 ml
Poudre pour suspension buvable 200 mg/5 ml, flacon de 30 ml
Liste des excipients à effet notoire : saccharose, sodium.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Elles sont limitées aux infections dues aux germes définis ci-dessous :
- Angines : en alternative au traitement de référence, particulièrement si le patient ne peut être traité.
- Surinfections des bronchites aiguës.
- Exacerbations des bronchites chroniques.
Il convient de tenir compte des recommandations officielles concernant l'utilisation appropriée des antibiotiques.

CONTRE-INDICATIONS :

Absolues :

- Antécédents de réaction allergique à l'azithromycine ou à tout autre macrolide.
- Alcaloïdes de l'ergot de seigle (dihydroergotamine, ergotamine), cisapride.

Relatives :

Agonistes dopaminergiques (bromocriptine, cabergoline, pergolide)

MISES EN GARDE :

Toute manifestation allergique (éruption cutanée, démangeaison...) en cours de traitement doit être signalée immédiatement à votre médecin.
Signaler au médecin traitant toute allergie ou manifestations allergiques survenues 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

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Prévenir le médecin traitant en cas de :

- Insuffisance hépatique,
- prise concomitante d'autres médicaments,
- antécédents allergiques,
- manifestations cutanées à l'origine allergique.

Macromax 500mg
Boîte de 3 comprimés



LOT : 4127
UT. AV : 10-23
P.P.V : 63 DH 00

د افراس

Macromax®

Azithromycine

POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE - POUDRE POUR SACHET - COM

COMPOSITION ET PRESENTATION :

Azithromycine (DCI) dihydrate

Comprimés 500 mg, boîte de 3 comprimés

Poudre pour sachet à 100 mg par voie orale, boîte de 3 sachets
Poudre pour sachet à 200 mg par voie orale, boîte de 3 sachets
Poudre pour sachet à 300 mg par voie orale, boîte de 3 sachets
Poudre pour sachet à 400 mg par voie orale, boîte de 3 sachets
Poudre pour suspension buvable 200 mg/5 ml, flacon de 15 ml
Poudre pour suspension buvable 200 mg/5 ml, flacon de 30 ml
Liste des excipients à effet notoire : saccharose, sodium.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Elles sont limitées aux infections dues aux germes définis ci-dessous :

- Angines : en alternative au traitement de référence, particulièrement si le patient ne peut être traité.
- Surinfections des bronchites aiguës.
- Exacerbations des bronchites chroniques.

Il convient de tenir compte des recommandations officielles concernant l'utilisation appropriée des antibiotiques.

CONTRE-INDICATIONS :

Absolues :

- Antécédents de réaction allergique à l'azithromycine ou à tout autre macrolide.
- Alcaloïdes de l'ergot de seigle (dihydroergotamine, ergotamine), cisapride.

Relatives :

Agonistes dopaminergiques (bromocriptine, cabergoline, pergolide)

MISES EN GARDE :

Toute manifestation allergique (éruption cutanée, démangeaison...) en cours de traitement doit être signalée immédiatement à votre médecin.

Signaler au médecin traitant toute allergie ou manifestations allergiques survenues 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

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Prévenir le médecin traitant en cas de :

- Insuffisance hépatique,
- prise concomitante d'autres médicaments,
- antécédents allergiques,
- manifestations cutanées à l'origine allergique.

Macromax 500mg
Boîte de 3 comprimés



LOT : 4127
UT. AV : 10-23
P.P.V : 63 DH 00

د افراس

LOT: 210729
DLUO: 12/2024
69,00DH



200 ml



