

## 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 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

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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-695298



Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) *4313* Matricule : *4313* Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : *CHAABI Abdellmajid*

Date de naissance : *03-04-1956*

Adresse : *052280723*

Tél. : *052280723* Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

**Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : *15/03/2022*

Nom et prénom du malade : *BENAIM NASSA* Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Lui-même

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 MAMATICA*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

Le : *09-03-2022*

# 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 courant 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 kinésithérapeute
- 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

1 JOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes lobaux comportant un ou plusieurs échelons dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

- L'ORTHOPÉDIE

- 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 revenir 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 860385

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : *CHAARI Abdellaziz*  
Matricule : *4313* Fonction : *Revente* Poste :  
Adresse : *6 RUE ABO OMARE HARI EL WAZIR Casablanca*  
Tél. : *05 22 80 72 75* Signature Adhérent : *[Signature]*

## A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : *BENAIEM NAJAT* Age   
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin : *04/03/2022*

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

*Benaiem Najat*

*W.2 Naiat  
Casablanca - Tel. 05 22 80 72 75*

## VOLET ADHERENT

### DECLARATION

860385



Matricule N° : ..... Nom du patient : *BENAIEM NAJAT*  
Date de dépôt : *9-3-2022* Montant engagé *525,00*  
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
26/03/2021		1	1500€	<i>Docteur Hédi Chahed Médecin à domicile 3 Mars, 3255 - 1000 Tunisie Tunisie - Tel: 05 22 23 34 55</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	4/03/22	375.70

## **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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur Ilham Chah.

MEDECINE GENERALE  
ECHOGRAPHIQUE



الدكتورة إلهام شاه

الطب العام  
الفحص بالصدى

Mme BENAIM Najat  
Ordonnance

63.00 X 2

Casablanca, Le 09/03/2022

① Macronal 500 mg

55.00 X 1 (106) ③

② Anoxid 1g 5/06/

56.30 cp = 7 (1) 5/06/

③ D. cure

69.00 AB (15) ③

④ Doxycycline 50 mg

87.70 X 2 5 x 3 (1)

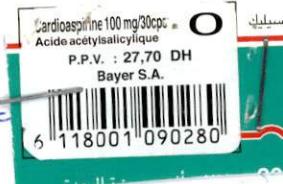
⑤ Cardiospirine 100 mg/30cpc

75.00 1 g (1) ③

⑥ Doxycycline 1g

PPV: 55,00 DH  
LOT: 546250  
PER: 09/22

Pharmacie de  
Mme Chah  
Rue Mouassine 84  
Casablanca  
Tél: 0522 91 63 22 -  
مدين 100 ب



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

Cardiospirine 100 mg/30cpc  
Acide acetylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

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

الهاتف: 06 6146 84 49 - 05 22 83 74 44 / 05 22 28 34 52

زنقة عبد السلام الخطابي شارع 2 مارس الطابق الأول، رقم 2 - الدار البيضاء  
375.70

# Doliprane® 1000mg

PARACÉTAMOL

Comprimé

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

## QUILPRANE® 1000 mg, comprimé :

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

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

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

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

Cette présentation est réservée à l'adulte (à partir de 16 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 POUR PRENDRE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ?

### Contre-indications :

Ne pas prendre DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé dans l'allergie connue au paracétamol, maladie grave du foie, enceinte sans l'avis de votre pharmacien.

## PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES : 1000 mg, COMPRIMÉ :

### Précautions Particulières :

Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours insuffisante ou de survenue de tout autre signe, ne pas contacter votre pharmacien. En cas de maladie grave du foie ou des reins, il est nécessaire de consulter votre pharmacien 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 pharmacien.

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.

# Macromax®

Azithromycine

POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE - POUDRE POUR SACHET - CON

## COMPOSITION ET PRÉSENTATION :

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 comme

- Angines : en alternative au traitement de référence, particulièrement peut être utilisé.

- Surinfections des bronchites aiguës.

- Exacerbations des bronchites chroniques.

Il convient de tenir compte des recommandations officielles appropriée des antibactériens.

## 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

## PRÉCAUTIONS 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®

Azithromycine

POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE - POUDRE POUR SACHET - CON

## COMPOSITION ET PRÉSENTATION :

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 comme

- Angines : en alternative au traitement de référence, particulièrement peut être utilisé.

- Surinfections des bronchites aiguës.

- Exacerbations des bronchites chroniques.

Il convient de tenir compte des recommandations officielles appropriée des antibactériens.

## 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

## PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

Prévenir le médecin traitant en cas de :

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

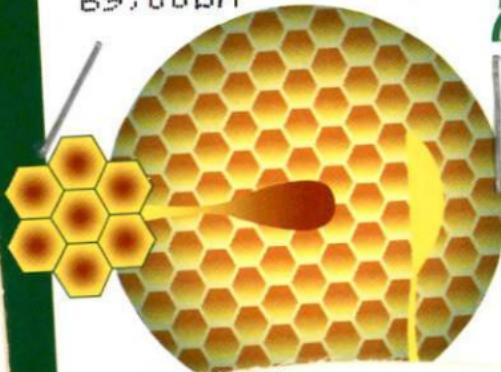
Macromax 500mg  
Boîte de 3 comprimés



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

3 افراص

LOT: 210729  
DLUO: 12/2024  
69,000DH



200 ml

PPV: 56,30 DH  
LOT: 21H24D  
EXP: 08/2023

WCP210MA004118  
26/11/2020

Solution huileuse buvable

ERGO Maroc



25 000 ₦,000,000

۷-۲۷۰

הַיּוֹם 4

lumière et à une température ne dépasse pas 25°C.  
Cordes sonnables d'origine à l'air de la chaleur de la poterie des émaillers.