

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0025740

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	3908	Société :
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom :		
Date de naissance :		
Adresse :		
Tél. :	Total des frais engagés :	Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	/	/
Nom et prénom du malade :		Age :
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC Pathologie :			
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) :

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.

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

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

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

POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôleur 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 proposée 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

- L HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L HOSPITALISATION EN HOPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUÉS EN SÉRIE, il s'agit
 - d actes répétés en plusieurs séances ou actes
 - globaux 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

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir 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.



MUPRÁS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

**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.com.ma

FEUILLE DE SOINS 879202

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : BENJELLOUN DRIS
Matricule : 368 Fonction : Directeur Poste :
Adresse : HAYAL WALK 100 m 22 TR 18 SEC 015MCDR
Tél. : 06 71 87 24 67 Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient :	chokik Habiba	Age	<input type="text"/>
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent	<input type="checkbox"/>	Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/>
Date de la première visite du médecin :	<i>B</i>		
Nature de la maladie :	Affection	neurologique	
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances	 <i>Dr. MOKRANI Chirurgien ORTHOPÉDIQUE 125 Avenue de la République - 92100 Boulogne-Billancourt Téléphone : 01 46 22 55 62 - Fax : 01 46 22 55 63 Bd. Masséna 125 - 92100 Boulogne-Billancourt</i>		
A	le 03/06/2006	Signature et cachet du médecin	
Durée d'utilisation 3 mois			

VOLET ADHERENT

DECLARATION

Matricule N° : 3208
Nom du patient : BEN JER.000
Date de dépôt : 27/09/20
Montant engagé
Nombre de pièces jointes : 1

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
03.06.20	CS	266,11		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 ATTACHARDUIN TÉL: 03 06 70 53 43 - CEDEX 2 03 06 70 53 43 - CEDEX 2	03.06.2022	855.00

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 soins.

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	H 21433552 00000000 G 00000000 B 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'EXECUTION

**Dr. Mohamed MOKRI
NEUROCHIRURGIEN**

**Chirurgie et maladies du crâne,
Système nerveux et de la colonne vertébrale.**

Ex. Médecin principal à l'hôpital Mohamed 5 - Meknès
Ex. Praticien au CHU Ibn Rochd - Casablanca

الدكتور محمد المقرى

**الخصائص في جراحة وأمراض الرأس،
الأعصاب و العمود الفقري
علاج داء المرض (الكبار و الصغار)
التخطيط الكهربائي للدماغ**

طبيب رئيسي سابق بمستشفى محمد الخامس - مكناس
جراح سابق بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد - الدار البيضاء

Casablanca, le : 03-06-22

شارع محمد بوريان، إقامة فرجين، عمارة 4، شقة 2- الطابق الأول، سيدى عثمان - الدار البيضاء - (قرب أسيما سيدى عثمان) - P. M. Boushane Résidence Farhatine Imm.4 Appt.2

Bd. Mohamed Bouziane Résidence Farhatine, Imm.4 Appt.2
Sidi Othmane - 1007 Casablanca - Maroc

1er étage - Sidi Othmane - Casablanca (près de Acima Sidi Othmane)

Tél : 0522 551 092

GSM.: 0667.125.796

~16x
LOT 213478 1
EXP 2024
PPV 35.70

128,90

128,90

128,90

98,30

98,30

98,30

35,70

EXP 2024
PPV 35.70

Tanganil® 500 mg

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes pour votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.
- Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez votre médecin.
- Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un des effets mentionnés comme étant grave, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE TANGANIL 500 mg, comprimé ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE TANGANIL 500 mg, comprimé ?
3. COMMENT PRENDRE TANGANIL 500 mg, comprimé ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER TANGANIL 500 mg, comprimé ?
6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

1. QU'EST-CE QUE TANGANIL 500 mg, comprimé ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique

ANTIVERTIGINEUX

Ce médicament est préconisé dans le traitement symptomatique de la crise vertigineuse.

2. QUELLES SONT LES INFORMATI CONNAITRE AVANT DE PRENDI TANGANIL 500 mg, comprimé

Ne prenez jamais TANGANIL 500 mg

dans les cas suivants:

- allergie connue à l'acétylleucine ou aux composants de ce médicament,

• allergie ou intolérance à l'amidon de blé.

EN CAS DE DOUTE, IL EST L'AVIS DE VOTRE MEDECIN

Prise ou utilisation d'un médicament

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament vendu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Grossesse et allaitement

Il est préférable de ne pas prendre ce médicament pendant la grossesse ou l'allaitement.

Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin pour déterminer la nécessité de poursuivre le traitement.

Demandez conseil à votre pharmacien ou à votre médecin avant de prendre tout médicament pendant la grossesse.

Liste des excipients à éviter

3. COMMENT PRENDRE TANGANIL 500 mg, comprimé ?

Posologie

Chez l'adulte

Fréquence d'administration

En moyenne 3 à 4 comprimés

Durée de traitement

La durée du traitement est dépendante de la réponse au début du traitement ou peut être augmentée.

DANS TOUS LES CAS, A L'ORDONNANCE DE Votre Médecin.

Mode d'administration

Voie orale.

 **Tanganil® 500 mg** تاجانيل® 500 ملغم

30 comprimés - قرص 30

VTE : MA - PPV : 51DH00



6 118001 183340

Tanganil® 500 mg

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes pour votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.
- Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez votre médecin.
- Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un des effets mentionnés comme étant grave, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE TANGANIL 500 mg, comprimé ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE TANGANIL 500 mg, comprimé ?
3. COMMENT PRENDRE TANGANIL 500 mg, comprimé ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER TANGANIL 500 mg, comprimé ?
6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

1. QU'EST-CE QUE TANGANIL 500 mg, comprimé ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique

ANTIVERTIGINEUX

Ce médicament est préconisé dans le traitement symptomatique de la crise vertigineuse.

2. QUELLES SONT LES INFORMATI CONNAITRE AVANT DE PRENDI TANGANIL 500 mg, comprimé

Ne prenez jamais TANGANIL 500 mg

dans les cas suivants:

- allergie connue à l'acétylleucine ou aux composants de ce médicament,

• allergie ou intolérance à l'amidon de blé.

EN CAS DE DOUTE, IL EST L'AVIS DE VOTRE MEDECIN

Prise ou utilisation d'un médicament

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament vendu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Grossesse et allaitement

Il est préférable de ne pas prendre ce médicament pendant la grossesse ou l'allaitement.

Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin pour déterminer la nécessité de poursuivre le traitement.

Demandez conseil à votre pharmacien ou à votre médecin avant de prendre tout médicament pendant la grossesse.

Liste des excipients à éviter

3. COMMENT PRENDRE TANGANIL 500 mg, comprimé ?

Posologie

Chez l'adulte

Fréquence d'administration

En moyenne 3 à 4 comprimés

Durée de traitement

La durée du traitement est dépendante de la réponse au début du traitement ou peut être augmentée.

DANS TOUS LES CAS, A L'ORDONNANCE DE Votre Médecin.

Mode d'administration

Voie orale.



Tanganil® 500 mg

تابغانيل® ٥٠٠ ملغم

30 comprimés - قرص ٣٠

VTE : MA - PPV : 51DH00



6 118001 183340