

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 canalaire, 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 canalaire.

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

Déclaration de Maladie

M22- 0035019

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 05095 Société : 188380

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : El amine Salma

Date de naissance : 31 - 10 - 1959

Adresse :

Tél. 06.68.97.52.26 Total des frais engagés : 41,70 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 :

Affection longue durée ou chronique : ALD 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 : Casablanca Le : 31/05/23

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0035019

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 : 05095 Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ACIMA AL-ISSARA Marjane Market Docteur en Pharmacie Marjane Market Al Issara AV 2 Mars, Local 86, Ain chock, CASA Tél: 05 22 87 49 12 / 06 17 22 85 22	31/05/2023	41,70

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date 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.

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[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

Facture

N° de la Facture	069/23
Date de la Facture	31/05/2023
Client	AMINE SALMA

Montant de la Facture T.T.C.

41,70

Dont T.V.A.

3,00

ICE Client

Forme	Nom du produit	P.P.V. unitaire	Qté.	Date de péremption	P.P.V. total	Remise (en %)	P.P.V. net
PD	CICLOVIRAL CREME 5% 10G	41,70	1	__/__/__	41,70		41,70

PHARMACIE ACIMA AL-INARA
 Hamid Hazzaz
 Docteur en Pharmacie
 Marjane Market Al Inara
 Avenue Hassan II, Local B6, Ain Chock, Casablanca
 Tél : 0522874912

Ci-joint Facture
 à rembourser à la

~~Montant~~ FS 35015
 où ciclovinal n'a pas
 été vendu mais
 suite confusion du
 pharmacien

Arrêté la présente Facture à la somme de :

QUARANTE UN DIRHAMS ET SOIXANTE DIX CENTIMES

CLOVIRAL®

Aciclovir

LOT: 230079

EXP: 01/26

PPV: 41DH70

FS: 1122 0035015

200 mg

1 comprimé

Aciclovir (DCI) 400 mg

Excipients q.s.p. 1 comprimé

- Comprimé à 800 mg :

Aciclovir (DCI) 800 mg

Excipients q.s.p. 1 comprimé

- Crème :

Aciclovir (DCI) 5 g

Excipients q.s.p. 100 g

- Poudre pour solution pour perfusion I.V. :

Aciclovir (DCI) 250 mg

Excipients q.s.p. 1 flacon-ampoule

FORMES ET PRÉSENTATIONS

- Cicloviral 200 mg, comprimés
- Cicloviral 400 mg, comprimés
- Cicloviral 800 mg, comprimés
- Cicloviral 5 %, crème dermatique
- Cicloviral 250 mg, poudre pour solution pour perfusion I.V.

Boîte de 25 comprimés dosés à 200 mg d'aciclovir.

Boîte de 25 comprimés dosés à 400 mg d'aciclovir.

Boîtes de 12 et 25 comprimés dosés à 800 mg d'aciclovir.

Tube de 10 g de crème, dosée à 5% d'aciclovir.

Boîte de 5 flacons-ampoules dosés à 250 mg d'aciclovir.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

Antiviral

NOM ET ADRESSE DE L'EXPLOITANT

Laboratoires AFRIC-PHAR

Zone Industrielle, Ouest Ain Harrouda, Route Régionale N° 322 (ex R.S 111) Km 12.400 Ain Harrouda 28630 Mohammedia.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

✓ Voie orale

Sujet Immunodéprimé :

- Prévention des infections à virus Herpes simplex (HSV).

Sujet immunocompétent :

- Infections cutanées ou muqueuses :

- Traitement des infections herpétiques cutanées ou muqueuses sévères (il s'agit en général de primo-infections), en particulier de l'herpès génital et des gingivostomatites herpétiques aiguës.

En raison de son mode d'action, l'aciclovir n'éradique pas les virus latents. Après traitement, le malade restera donc exposé à la même fréquence de récidives qu'auparavant.

- Traitement des récurrences d'herpès génital.

- Prévention des infections à virus Herpes simplex, chez les sujets souffrant d'au moins 6 récurrences par an.

■ Infections ophtalmologiques :

- Prévention des récidives d'infections oculaires à HSV :

- kératites épithéliales après 3 récurrences par an ou en cas de facteur déclenchant connu ;

- kératites stromales et kéroto-uvéites après 2 récurrences par an ;

- en cas de chirurgie de l'œil.

- Traitement des kératites et kéroto-uvéites à HSV.

- Prévention des complications oculaires du zona ophthalmique, en administration précoce.

✓ Voie locale

- Traitement de l'herpès génital simple et récidivant.

- Traitement de l'herpès labial et des infections cutanéo-muqueuses localisées, dues au VHS.

✓ Voie veineuse

Sujet Immunodéprimé :

- Infections à virus varicelle zona (VZV).

- Infection à virus Herpes simplex (HSV).

Sujet immunocompétent :

- Infections à VZV :

- Zonigrave par l'extension ou par l'évolutivité des lésions.

- Varicelle chez la femme enceinte, dont l'éruption survient dans les 8 à 10 jours avant l'accouchement.

- Varicelle du nouveau-né.

- Nouveau-né avant toute éruption, lorsque la mère a débuté une varicelle dans les 5 jours précédents et les 2 jours suivant l'accouchement.

- Formes graves de varicelle chez l'enfant de moins de 1 an.

- Varicelle compliquée, en particulier de pneumopathie varicelleuse.

■ Infections à HSV :

- Primo-infection génitale herpétique sévère.

- Traitement des gingivostomatites herpétiques aiguës, lorsque la gène fonctionnelle rend la voie orale impossible.

- Traitement du syndrome de Kaposi-Juliusberg.

- Traitement de la méningo-encéphalite herpétique.

CONTRE - INDICATIONS

Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :

- Antécédent d'hypersensibilité à l'aciclovir.

- Application oculaire, intrabuccale ou intravaginale de la crème.

En cas de doute, il est indispensable de demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

MISES EN GARDE

• La survenue chez l'insuffisant rénal, de troubles neurologiques impose l'arrêt du traitement.

• En raison de la présence de lactose, les comprimés à 200 mg et à 400 mg, sont contre-indiqués en cas de galactosémie congénitale, de syndrome de malabsorption du glucose et de galactose ou de déficit en lactase.