

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie
N° P19-0035421

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.

Biologie 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.

Prothésaire :

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

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

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02004 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : FARIATI Abdelkader
Date de naissance : 01/01/54
Adresse : 607 Yama kech 93 Manabej Talbouraj
Tél : 0661148234 Total des frais engagés : / 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 :
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 : 30 / 09 / 19
Signature de l'adhérent(e) :

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 EVENTORIUM

JOUR EN MAISON DE REPOS

ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit

actes répétés en plusieurs séances. ou actes

beaux comportant un ou plusieurs échelonnées

ans 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 venir 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 / 2857 / 2883
FAX / 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

FEUILLE DE SOINS

N° 833173

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : Feriani Abdelhadi
 Matricule : 01504 Fonction : Révisite Poste : Avant
 Adresse : Cot Mahrouka 99 roud Saly Mansour
 Tél. : 0661143294 Signature Adhérent : F.A.

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Feriani Abdelhadi Age 010154
 Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant
 Date de la première visite du médecin : 26/09/2019
 Nature de la maladie : Soin Dentaire
 S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

 A Mansour, le 26/09/19 Dr. EL MAZANI Fatima Zohra
 Signature et Cachet du médecin
 Durée d'utilisation 3 mois

Signature et Cachet du médecin
 Abraj Al Koutoubia GH 14 Appl N
 2ème étage Marrakech
 Tél: 05 24 36 14 88

VOLET ADHERENT

DECLARATION N° 833173
 Matricule N° : 01504
 Nom du patient : Feriani Abdelhadi
 Date de dépôt :
 Montant engagé : 600,00 Dir
 Nombre de pièces jointes : 02 pièces



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Medecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Nom et Adresse du Fournisseur Pharmacie Hrv Mabrouka ghen ANABIL Magasin 1 Marrakech - Tél: 024 42 31 77	Date 26/09/19	Montant de la Facture 102,00
--	-------------------------	--

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Nom et Adresse du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du Praticien	Date 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 d'indiquer 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									
	2/2	Composite	D ₁₅	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="D<sub>15</sub>"/>								
				MONTANT DES SOINS <input type="text" value="500 DH"/>								
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text" value="26/09/19"/>								
				FIN D'EXECUTION <input type="text" value="26/09/19"/>								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
			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

Dr. EL MAZANI Fatima Zohra

Chirurgien Dentiste

Abraj Al Kouroubia GH 14 Appt N° 8
2eme étage M'hamid J Marrakech
Tel: 05 24 36 14 88

Note D'honoraires

Nom et prénom du médecin dentiste :	Dr. EL MAZANI Fatima Zohra Chirurgien Dentiste
N° de l'INPE	Abraj Al Korbaubia GH 14 Appt N° 8 2ème étage M'hanna 9 Marrakech Tél: 05 24 36 14 88
N° de l'ICE :	ICE 001835677000035 INP 074173055 IF 40204037 Patente 47951150
N° de l'IF :	CNSS 9314535

ABJ-elho'si Feliati

Date:

اسنان المعالجة	رمز العمليات	تاريخ العمليات	معامل العمليات	قيمة المعامل	المبلغ المفوتر	توقيع وطابع طبيب الاسنان
Dents Traites	Valeur Clé	Dates Des Actes	Lettre Cle+Cotation n NGAP	Valeur Clé	Montant Facturé	Signature Et Cachet Medcin Dentiste
42	Compositif 3 FACE	26/09/19	905	915	500 DH	DR. EL MAZANI Fatima Zohra Chirurgien Dentiste Abraj Al Korbaubia GH 14 Appt N° 8 2ème étage M'hanna 9 Marrakech Tél: 05 24 36 14 88

Montant Global	500 DH
Mode de Paiement :	<input checked="" type="checkbox"/> Espèces <input type="checkbox"/> Cheque

Adresse:

Dr. EL MAZANI Fatima Zohra
Chirurgien Dentiste

Telephone:

Abraj Al Korbaubia GH 14 Appt N° 8
 2ème étage M'hanna 9 Marrakech
 Tél: 05 24 36 14 88

Dr. EL MAZANI Fatima Zohra
Chirurgien Dentiste
 Signature et Cachet

 Abraj Al Korbaubia GH 14 Appt N° 8
 2ème étage M'hanna 9 Marrakech
 Tél: 05 24 36 14 88

DR FATIMA ZOHRA EL MAZANI
Chirurgien Dentiste
Chirurgie - Soins - Prothèse - Radio
Parodontologie - Pédodontie



الدكتورة فاطمة الزهراء المزاني
طبيبة جراحية الأسنان
جراحة - علاج - تعويض
أشعة - أمراض اللثة

ORDONNANCE

Marrakech, le 26/09/2019

~~Dr. EL MAZANI Fatima Zohra~~
Chirurgien Dentiste

~~Abraj Al Koutoubia GH 14 Appt N° 8
2eme étage M'hamid 9 Marrakech
Tél: 05 24 36 14 88~~

M. Feriati Abdelnadi

104,00

1) Parodontologie Cep1



1 cep x 301; pdt 6 Jrs

Dr. EL MAZANI Fatima Zohra
Chirurgien Dentiste

~~Abraj Al Koutoubia GH 14 Appt N° 8
2eme étage M'hamid 9 Marrakech
Tél: 05 24 36 14 88~~

Pharmacie Hay Mabrouka
Abdelghani ENNABIL
Lot Mabrouka, Im. 1 Magasin 1
Jbel Guéliz - Marrakech - Tél.: 024 42 31 77

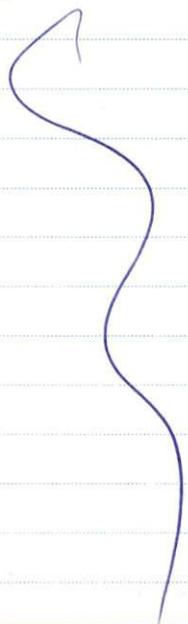
Pharmacie Hay Mabrouka
 Abdelghani ENNABIL
 Lot. Mabrouka, Injm. 1 Magasin 1
 Jbel Guelf, Marrakech - Tel.: 029 4231 77

Bon de Commande n°
 Bon de Livraison n°
 Bon de Devis n°

Date: 26/09/2019

FACTURE N° 014934

Doit: Feriati Abdelhadi

DÉSIGNATIONS	QTÉ	P.U.	MONTANT
Binodogul	1	102,00	102,00
			

Lib. Pap. IZDIHAR

Réglé par: Espèce

TOTAL H.T.	102,00
T.V.A.....%	
T.T.C.	

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de : cent
 deux dirhams

**OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MEDICAMENT.****f) Conducteurs et utilisateurs de machines :**

En raison du risque potentiel de vertiges, de confusion, d'hallucinations ou de convulsions, il est recommandé de ne pas conduire de véhicules ni d'utiliser de machines en cas de survenue de ce type de troubles.

g) Liste des excipients dont la connaissance est nécessaire pour une utilisation sans risque chez certains patients :
Sorbitol.**4. COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT****a) Posologie :**

A titre indicatif, la posologie usuelle est la suivante :

Adulte et enfant de plus de 15 ans : 2 à 3 comprimés par jour en 2 ou 3 prises, au cours des repas.

DANS TOUTS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDICIN.

b) Mode et Voie d'administration :

Voie orale.

Prendre les comprimés avec un verre d'eau.

c) Fréquence et moment auxquels le médicament doit être administré :

En 2 à 3 prises par jour, au cours d'un repas.

d) Durée du traitement :

Pour être efficace, cet antibiotique doit être utilisé régulièrement aux doses prescrites, et aussi longtemps que votre médecin vous l'aura conseillé.

La disparition de la fièvre, ou de tout autre symptôme, ne signifie pas que vous êtes complètement guéri. L'éventuelle impression de fatigue, n'est pas due au traitement antibiotique mais à l'infection elle-même. Le fait de réduire ou de suspendre votre traitement serait sans effet sur cette impression et retarderait votre guérison.

e) Conduite à tenir en cas de surdosage :

Consulter votre médecin car il peut vous proposer un traitement et une surveillance.

5. EFFETS NON SOUHAITES ET GENANTS

COMME TOUT PRODUIT ACTIF, CE MEDICAMENT PEUT ENTRAINER, CHEZ CERTAINES PERSONNES DES EFFETS PLUS OU MOINS GENANTS.

- Manifestations digestives : douleurs à l'estomac, nausées, vomissements, diarrhée, goût métallique dans la bouche, inflammation de la langue avec sensation de bouche sèche, perte d'appétit ;
Très rarement : colites pseudomembraneuses (maladie de l'intestin avec diarrhée et douleurs abdominales), pancréatites (inflammation du pancréas) regressant à l'arrêt du traitement. Dans ces cas, consulter votre médecin.

- Manifestations au niveau de la peau : éruptions parfois avec fièvre, urticaire (éruption cutanée analogue à celle que provoque la piqûre d'ortie), démangeaisons, oedème de Quincke (brusque gonflement du visage et du cou d'origine allergique), très rarement : choc allergique. Très rares cas de rougeur se généralisant à tout le corps avec des pustules et accompagnée de fièvre (pustulose exanthématique aiguë généralisée) (cf. Mises en garde spéciales). Dans tous ces cas, consulter votre médecin.
- Système nerveux : sensations de picotement ou de fourmillement survenant occasionnellement et de façon passagère, maux de tête,

anomalies de la
vertiges, difficile
cas, arrêter le tr
- Manifestations
loie, anomalie
l'obstruction de
- Modifications
possible de struct
anormalement

- Diverses color-
du produit de
SIGNALIZA VA
SOUHAITE ET
NOTICE.

6. CONSERVA

Ne pas déép
conditionner

7. DATE DE R

Mars 2010.

CONSEILS ET

Que savoir s

Les antibioti
bactéries. Ils
Aussi, votre i
qu'il convient
Les bactéries
l'action d'un
Certains trait
La résistance
antibiotique.
Vous risquez
retarder votre
vous ne resp
- la dose à pr
- les moment
- et la durée
En conséque
1/ N'utilisez
2/ Respectez
3/ Ne réutili
même si ve
semblable.
4/ Ne donne
n'est peut-ê
5/ Une fois ve
toutes les b
appropriée d

**BIRODOGYL®**احذر المقادير الموصوفة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITESUniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste I)
(الامحة) A جدول فقط بموجب وصفة طبية - يصرLOT : 8MAA076
PER: 11 2021BIRODOGYL
CP PEL B 15

P.P.V : 102DH00



9 118000 060567



sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P. 1 - Ain Sejjah
20250 Casablanca