

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.

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.

Education :

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 : 8754 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL HASSANI ARDELLAH

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 : 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 :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-038709

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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 au 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 PRÉALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HÔPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU REVENTORIUM

SEJOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUÉS EN SÉRIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes seuls 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 évenir 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

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° 834574

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT

Nom & Prénom : EL HASSANI ABDELILAH

Matricule : 8754 Fonction : cci Poste :

Adresse :

Tél. : 0666871065

Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Nom & Prénom
du patient :

EL HASSANI Ned Reda Age 03/11/06

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie :

Hycosse

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A 03 SEP. 2019 le 05 JUIL. 2019 /

Durée d'utilisation 3 mois

*Dr. Rachida CHAMI
professeur de Pédiatrie
Signature Maâz L'Angle Brahim Roudani et
Espace Maâz L'Angle Al Marocin - Casablanca
Abou Ishaq Al Marocin - Casablanca
Tél : 05 22 91 26 52*

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
05/07/19	CS	1	3000 Dh	Dr. Rachida CHAMI Professeur de Pédiatrie Espace Maâni, Angle Brahim Roudani et Abou Ishak Al Maâni - Casablanca Tél: 05 22 99 63 03

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/07/19	125,50

ANALYSES – RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canal ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
25533412		21433552	
00000000		00000000	
00000000		00000000	
35533411		11433553	
		B	

(Création, remont, adjenction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Casablanca, le

05.07.2019

382
EL HASSANI Mohamed Reda



873
1 DIFAL CREME

1 application 2 fois par jour



873
2 DERMOFIX CREME

1 application 3 fois par jour pendant 10 jours



12550
Dr. Rachida CHAMI
 Professeur de Pédiatrie
 Espace Maârif, Angle Brahim Roudani et
 Abou Ishaq Al Marouni - Casablanca
 Tel: 05 22 99 63 63 - 06 76 99 71 70 - Fax: 05 22 25 38 09 - Mobile: 06 61 439 659



DIFAL® 1% Gel

Diclofénac sodique

SITUATION:

Gel sodique : Tubes de 20 g et de 50 g.

Anti-inflammatoire non stéroïdien, dérivé de l'acide phénylacététique du groupe des acides arylcarboxyliques, possède une activité locale anti-inflammatoire et antiérgique.

durée chez l'adulte (à partir de 15 ans), en cas de traumatologie bénigne, entorses, contusions, lésions supérieures et inférieures, opératoires et post-traumatiques, lombalgie et l'arthrose douloureuse des doigts et des genoux.

fenac ou aux substances d'activité proche, telles qu'autres AINS, aspirine, à l'un des composants, du deuxième mois de la grossesse.

que la soit la lésion : dermatoses suintantes, eczéma, lésion infectée, brûlure ou piqûre.

éruptions, eczéma ; érythèmes, dermatites (incluant les dermatites de contact).

Cas très rares et cas isolés :

Réactions cutanées : éruption pustuleuse, urticaire, purpura, ulcération locale.

Réactions d'hypersensibilité : œdème angioneurotique (œdème de Quincke).

Problèmes respiratoires : la survenue de crise d'asthme peut être liée chez certains sujets à une allergie à l'aspirine ou à un AINS. Dans ce cas,

DIFAL 1% Gel est contre-indiqué.

Autres réactions cutanées : cas isolés de photosensibilité.

Autres effets systémiques des AINS : Ils sont fonction du passage transdermique du principe actif et donc de la quantité de gel appliquée, de la surface traitée, du degré d'intégrité cutanée, de la durée du traitement et de l'utilisation ou non d'un pansement occlusif (effets digestifs, rhinites).

MISS EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Mises en garde :

Ne pas appliquer sur les muqueuses ni sur les yeux ; appliquer uniquement sur la région douloureuse.

Précautions d'emploi :

DIFAL 1% Gel ne doit pas être utilisé sous pansement occlusif.

Grossesse : Le diclofénac, comme tous les AINS, passant dans le lait maternel, par mesure de précaution, il convient d'éviter de les administrer chez la femme qui allait. Si la situation impose son utilisation, le diclofénac gel ne doit pas être appliqué sur les seins chez les mères qui allaitent.

Alimentation :

Le diclofénac, comme tous les AINS, passant dans le lait maternel, par mesure de précaution, il convient d'éviter de les administrer chez la femme qui allait. Si la situation impose son utilisation, le diclofénac gel ne doit pas être appliqué sur les seins chez les mères qui allaitent.

EN CAS DE DOUCE : DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU VOTRE PHARMACIEN.

EN CAS DE DOUCE : DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU VOTRE PHARMACIEN.

PHYSIOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :

Réservez à l'adulte (à partir de 15 ans).

Posologie :

1 application, 3 fois par jour.

Durée de traitement : La durée de traitement est limitée à 4 jours.

Mode d'administration :

Voie locale - Usage externe. A ne pas avaler.

Faire pénétrer le gel par un massage doux et prolongé sur la région douloureuse ou inflammatoire.

EN CAS DE DOUCE : DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES :

En raison du faible passage systémique lors d'un usage normal du gel, les interactions médicamenteuses signalées pour le diclofénac per os sont peu probables.

CONSERVATION :

A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.

Durée de conservation après ouverture = 6 mois.

Délivrance : Libre.

DIFAL 1% Gel - Tube de 20 g - AMM N° : 03 DMP/21/NNP

DIFAL 1% Gel - Tube de 50 g - AMM N° : 04 DMP/21/NNP

G LABORATOIRES PHARMACEUTIQUES GALENICA
Z.I. Ouled Saleh - Casablanca - Maroc

DERMOFIX® Crème

Sertaconazole

Dermofix® Crème 2%
Sertaconazole

Crème dermique

Tube de 30 g



87,30

LOT 17001
PER 07/2020
PPV 07/2020

(à sorbique) 2 g
..... 100 g

ti-mycosique à usage topique. Son spectre d'activité s'avère très large :
(*Candida albicans*, *C. tropicalis*, *C. spp.*, *Pityrosporum orbiculaires*)
(*Epidermophyton* et *Microsporum*)
(filamenteux (*Aspergillus*)
anti-mycosiques
ques et Streptocoques)

ses superficielles de la peau telles que dermatophytoses : *Tinea pedis* (pied marginé de Hebra), *Tinea corporis* (Hépès circiné), *Tinea barbae* (Sycosis),
(Minillose) et *Pityriasis versicolor* (*Pityrosporum orbiculare*).

ne innocuité totale et une excellente tolérance : aucun cas de toxicité ou de
été relevé. Seul un érythème léger peut survenir lors des premières applications
sion du traitement.

mploi :

usage ophtalmique.

é grandes quantités, on ne détecte pas de niveaux plasmatiques. Malgré cela,
entrée chez le nouveau-né et chez la femme enceinte ou allaitante.

ode d'administration :

ur jour (de préférence le soir) ou deux fois (matin et soir), doucement et
couvrir 1 cm de peau saine (environ) autour de la zone à traiter.
un patient à l'autre en fonction de l'agent étiologique et de la localisation de

uatre semaines de traitement afin d'assurer une guérison clinique et
iter ainsi toute récidive, cette guérison clinico-microbiologique peut apparaître
de traitement.

es

aines

aines

ons :

0 g

g

de 30 ml

g

0 g

de 1 ovule.

PROMOPHARM S.A.

Z.I. du Sahel, Had Soualem - Maroc
S/L FERRÉR INTERNATIONAL

