

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

Informations 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.

Éducation :

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.

Prothèse 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

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'Hayat
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° P19-0026593

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 971 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUMSI ABDALLAH

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0671 837874 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 : CASABLANCA Le :/...../.....

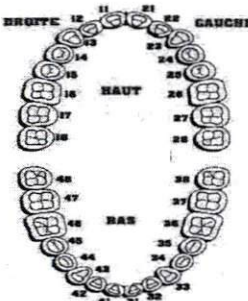
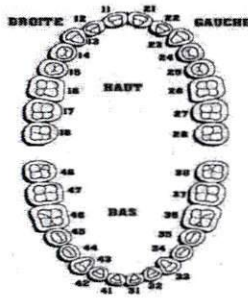
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	Coefficient des								
												
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux								
	<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		Montant des soins
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
00000000	00000000											
35533411	11433553											
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis									
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de									

Visa et cachet du praticien attestant le devis

Visa et cachet du praticien attestant l'exécution

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-363986	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-363986

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 0974	Signature de l'adhérent Signature de l'adhérent
Nom & Prénom		HOLIMSI ABDALLAH	
Fonction :	Phonés	0671837874	
Mail			

MEDECIN	Prénom du patient		ECHAT. B. MARRAKA
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age 1957
Nature de la maladie		Date 27/09/19	
Affection digestive.			

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires

PHARMACIE	Date	27/09/19
Montant de la facture	376,00	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	

AUXILIAIRES MEDICAUX				Date :
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

Signature de Dr. Abdelkader ZIANE
 Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif et du Foie et de l'Anus
 10 rue Mohammed VI, M. M. Condamine
 Tél: 05 22 62 90 99

Signature de Dr. BOUABDELKADER ZAKIA
 PHARMACIE DU PARADIS
 10 rue Mohammed VI, M. M. Condamine
 Tél: 05 22 62 90 99
CACHET

Cabinet d'Hépto-Gastro-Entérologie

DOCTEUR ABDELLAZIZ ZIANE

Casablanca le, 27/09/2019

Mme ECHATIBI Mbarka

57, Bd Okba Ibnou Nafâ,
Hay Mohammadi
Casablanca
Tél : 05 22 62 90 90
Email : draziane@yahoo.fr

216,00 (Gm)
EUZOL 40MG
1 gélule le matin avant repas

8000x2
MYCOFLU 50
1 gélule à midi 14 jours

376,00

Fibroskopie
Diagnostic
et thérapeutique

Cathétérisme de la VBP
Sphinctérotomie.
(CPRE)

Coloscopie
Polypectomie

Echographie
Abdominale

Proctologie
médicale

Dr. Abdellaziz ZIANE
Spécialiste des Maladies de l'Appareil
Digestif et du Foie et de l'Anus
7, Bd. Okba Ibnou Nafâ, H. M. Casablanca
Tél: 05 22 62 90 90

PHARMACIE DU PARADIS
Dr. BOUSTANE Zakia
Bloc L - N° 8, Dar Lamane
Hay Mohammadi - CASA
Tél: 0522.68.80.71

EUZOL®

Esoméprazole

problèmes hépatiques sévères.
problèmes rénaux sévères.
à eu une réaction cutanée après un traitement par un médicament
réduisant l'acidité gastrique.
un examen sanguin spécifique (Chromogranine A).

qu'un des symptômes d'autres maladies.

z informer immédiatement.

risques sans raison.

leurs

el

ti

tre

iteu

jeure

net ou

si vous

une éru

otre méde

EUZOL®. N'ou

une doule

ents et EUZOL

decin ou phar

si vous prenez, avez récemment pris ou pourriez

le médicament y compris les médicaments obtenus sans ordonnance.

sur le fonctionnement d'autres médicaments et réciproquement.

prendre EUZOL® si vous prenez le médicament suivant :

dans le traitement de l'infection par le VIH).

er votre médecin ou pharmacien si vous prenez l'un des médicaments

dans le traitement de l'infection par le VIH);

é pour prévenir la formation de caillots dans le sang);

aconazole ou voriconazole (utilisés dans le traitement des infections

dans le traitement du cancer);

aminé ou clomipramine (utilisés dans le traitement de la dépression);

é dans le traitement de l'anxiété, de l'épilepsie ou comme relaxant

é dans l'épilepsie); si vous prenez de la phénytoïne, une surveillance par

est nécessaire au début et à l'arrêt de l'administration d'EUZOL®.

administration

administration

administration

administration

administration

administration

administration

administration

administration

administration

216,00

par l'un de ces effets, vous ne devez pas continuer.

EUZOL®, microgranules gastro-résistants

Son utilisation est déconseillée chez les patients atteints d'insuffisance rénale (très rare). Si votre médecin vous le recommande, il vous avisera.

Il est recommandé de prendre ce médicament avant de prendre ce médicament.

EUZOL®, microgranules gastro-résistants

Il est recommandé de prendre ce médicament avant de prendre ce médicament.

Il est recommandé de prendre ce médicament avant de prendre ce médicament.

Il est recommandé de prendre ce médicament avant de prendre ce médicament.

Il est recommandé de prendre ce médicament avant de prendre ce médicament.

Il est recommandé de prendre ce médicament avant de prendre ce médicament.

Il est recommandé de prendre ce médicament avant de prendre ce médicament.

Il est recommandé de prendre ce médicament avant de prendre ce médicament.

Il est recommandé de prendre ce médicament avant de prendre ce médicament.

Il est recommandé de prendre ce médicament avant de prendre ce médicament.

Il est recommandé de prendre ce médicament avant de prendre ce médicament.

Il est recommandé de prendre ce médicament avant de prendre ce médicament.

Il est recommandé de prendre ce médicament avant de prendre ce médicament.

Il est recommandé de prendre ce médicament avant de prendre ce médicament.

Il est recommandé de prendre ce médicament avant de prendre ce médicament.

Il est recommandé de prendre ce médicament avant de prendre ce médicament.

Il est recommandé de prendre ce médicament avant de prendre ce médicament.

Il est recommandé de prendre ce médicament avant de prendre ce médicament.

Il est recommandé de prendre ce médicament avant de prendre ce médicament.

Il est recommandé de prendre ce médicament avant de prendre ce médicament.

Il est recommandé de prendre ce médicament avant de prendre ce médicament.

Il est recommandé de prendre ce médicament avant de prendre ce médicament.

Il est recommandé de prendre ce médicament avant de prendre ce médicament.

Il est recommandé de prendre ce médicament avant de prendre ce médicament.

Il est recommandé de prendre ce médicament avant de prendre ce médicament.

Il est recommandé de prendre ce médicament avant de prendre ce médicament.

Il est recommandé de prendre ce médicament avant de prendre ce médicament.

Il est recommandé de prendre ce médicament avant de prendre ce médicament.

Il est recommandé de prendre ce médicament avant de prendre ce médicament.

Il est recommandé de prendre ce médicament avant de prendre ce médicament.

Il est recommandé de prendre ce médicament avant de prendre ce médicament.

Il est recommandé de prendre ce médicament avant de prendre ce médicament.

Il est recommandé de prendre ce médicament avant de prendre ce médicament.

Il est recommandé de prendre ce médicament avant de prendre ce médicament.

Il est recommandé de prendre ce médicament avant de prendre ce médicament.

Il est recommandé de prendre ce médicament avant de prendre ce médicament.

50 & 150mg

conazole

COMPOSITION

Chaque gélule contient :

MYCOFLU 50 mg :**MYCOFLU 150 mg :** Fluconazole

Excipients : Lactose ; Amidon de maïs ; Silice colloïdale ; Talc ; Laurylsulfate de sodium.

Excipient à effet notoire : Lactose

FORMES ET PRESENTATIONS

Gélules dosées à 50 mg : boîte de 3 gélules et boîte de 7 gélules.

Gélules dosées à 150 mg : boîte de 1 gélule, boîte de 4 gélules et boîte de 7 gélules.

PROPRIETES

MYCOFLU est un antifongique, il s'oppose à la prolifération des champignons microscopiques.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES**MYCOFLU 150mg est indiqué dans le traitement :**

· des candidoses vaginales et périnéales aiguës et récidivantes

MYCOFLU 50mg est indiqué dans le traitement :**Chez l'adulte :**

- des candidoses oropharyngées chez les patients immunodéprimés, soit en raison d'une affection maligne, soit d'un syndrome de déficience immunitaire acquise (SIDA),
- des candidoses buccales atrophiques.

Chez l'enfant :

- Traitement des candidoses oropharyngées chez l'enfant immunodéprimé.
- Traitement des candidoses systémiques, incluant les candidoses disséminées et profondes (candidémies, péritonites), candidoses œsophagiennes et candidoses urinaires.
- Traitement des cryptococcoses neuro-méningées; le traitement d'entretien au cours du SIDA doit être poursuivi indéfiniment

CONTRE-INDICATIONS

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

- en cas d'allergie connue au fluconazole et aux substances apparentées (azolés)
- chez l'enfant de moins de 6 ans, en raison de la forme pharmaceutique
- pendant la grossesse et l'allaitement, sauf avis médical

EN CAS DE DOUTE IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI**

Ce médicament doit être pris avec précaution dans les cas suivants :

Chez la femme en période d'activité génitale, une contraception est indispensable.

Mises en garde spéciales

En cas de survenue de symptômes évocateurs d'atteinte hépatique grave (fatigue importante, anorexie, nausées persistantes, vomissements, jaunisse), vous devez consulter un médecin. Si vous avez préalablement présenté une réaction cutanée associée à la prise de fluconazole ou un autre dérivé azolé, en cas de survenue de lésions bulleuses, vous devez consulter un médecin le plus rapidement possible.

50 & 150mg

conazole

COMPOSITION

Chaque gélule contient :

MYCOFLU 50 mg :**MYCOFLU 150 mg :** Fluconazole

Excipients : Lactose ; Amidon de maïs ; Silice colloïdale ; Talc ; Laurylsulfate de sodium.

Excipient à effet notoire : Lactose

FORMES ET PRESENTATIONS

Gélules dosées à 50 mg : boîte de 3 gélules et boîte de 7 gélules.

Gélules dosées à 150 mg : boîte de 1 gélule, boîte de 4 gélules et boîte de 7 gélules.

PROPRIETES

MYCOFLU est un antifongique, il s'oppose à la prolifération des champignons microscopiques.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES**MYCOFLU 150mg est indiqué dans le traitement :**

· des candidoses vaginales et périnéales aiguës et récidivantes

MYCOFLU 50mg est indiqué dans le traitement :**Chez l'adulte :**

- des candidoses oropharyngées chez les patients immunodéprimés, soit en raison d'une affection maligne, soit d'un syndrome de déficience immunitaire acquise (SIDA),
- des candidoses buccales atrophiques.

Chez l'enfant :

- Traitement des candidoses oropharyngées chez l'enfant immunodéprimé.
- Traitement des candidoses systémiques, incluant les candidoses disséminées et profondes (candidémies, péritonites), candidoses œsophagiennes et candidoses urinaires.
- Traitement des cryptococcoses neuro-méningées; le traitement d'entretien au cours du SIDA doit être poursuivi indéfiniment

CONTRE-INDICATIONS

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

- en cas d'allergie connue au fluconazole et aux substances apparentées (azolés)
- chez l'enfant de moins de 6 ans, en raison de la forme pharmaceutique
- pendant la grossesse et l'allaitement, sauf avis médical

EN CAS DE DOUTE IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI**

Ce médicament doit être pris avec précaution dans les cas suivants :

Chez la femme en période d'activité génitale, une contraception est indispensable.

Mises en garde spéciales

En cas de survenue de symptômes évocateurs d'atteinte hépatique grave (fatigue importante, anorexie, nausées persistantes, vomissements, jaunisse), vous devez consulter un médecin. Si vous avez préalablement présenté une réaction cutanée associée à la prise de fluconazole ou un autre dérivé azolé, en cas de survenue de lésions bulleuses, vous devez consulter un médecin le plus rapidement possible.