

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

ditions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

aire :

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.

die 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 : 5520

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KAISSALA HDINE

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 :

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) :



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 ou de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous enveloppe confidentielle 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

JOURL EN MAISON DE REPOS

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

En cas 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.

DATE DE DEPOT



MUPRAS

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.co.ma

FEUILLE DE SOINS 1578572

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : KAÏSSALAH DINE

Matricule 10005520 Fonction : électé Poste : 1.2.2.

Adresse : N°24 Rue 21NEBNAELAOUIA HAY EZZAHRA BERRECHID

Tél. : 0707532654 Signature Adhérent : sy sy

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Hachim Fabien Age

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : phlegme

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

A Benech le 20.11.2013 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois



VOLET ADHERENT

DECLARATION

Matricule N° : 1578572 MUPRAS

Nom du patient :

Date de dépôt :

Montant engagé :

Nombre de pièces jointes :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20/11/99	C	1	15000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		

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	

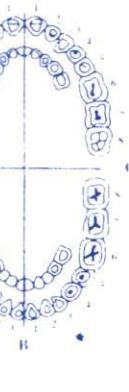
VOLET ADHERENT

* 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 s

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRE		Dents Tractées	Nature des Soins	Coefficient	
					CŒFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANT DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRE		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
		H 25533412 00000000	21433552 00000000	G	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
D		00000000	00000000	B	MONTANT DES SOINS
		35533411	11433553		DATE DU DEVIS
					DATE DE L'EXECUTION
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

Docteur Abdelhak MECHAL

MEDECINE GENERALE

6, Bd. de la Liberté - Tissir 1
Berrechid (Prés des Taxis Jakma)
Tél : C : 05 22 32 52 87
INPE : 061098281

Nom :

HACHIMI

Prénom :

Fatima

الدكتور مشعل عبدالحق
الطب العام

6 شارع الحرية - حي التسبر 1
برشيد - (قرب طاكسيات جمعة)
الهاتف : 05 22 32 52 87

Berrechid

20/11/13

222, ep

- Augment 19

75

27/11

1 sachet

75

81,40

sob pred 20

75

14, ep

Doliprane

18

PHARMACIA AL LOUW
Pharmacie Al Houriya
Mme Pharmaciene
Boulevard Al Houriya
52 Boulevard Al Houriya
Tél.: 052 32 41 76 - Berrechid

81,40 x 2

OMT 23/11/13

75

457,80 pes (pes),

28/11/13

Dr. Abdelhak MECHAL
Médecin généraliste
6 Bd de la Liberté - Tissir 1
Berrechid - (قرب طاكسيات جمعة)

ABDELHAK MECHAL

Omiz®

Oméprazole

Microgra

PRESENTATIONS :

OMIZ® 20 mg : Boîte de 7 gélules
Boîte de 14 gélules

O

81,40

-prazole

Microgranule

PRESENTATIONS :

OMIZ® 20 mg : Boîte de 7 gélules

Boîte de 14 gélules

Boîte de 28 gélules

OMIZ® 10 mg : Boîte de 7 gélules

Boîte de 14 gélules

Boîte de 28 gélules

81,40

- syndrome de Stevens-Johnson, syndrome de Lyell (décl. dermatite bulleuse ou exfoliative (inflammation de la peau)
- pustulose exanthématique aiguë généralisée (rougeur se généralisant à la peau) attention avec AUGMENTIN 1g/125 mg ADULTES, poudre pour suspension buvable en sachet

Des cas de:

- éosinophilie (augmentation de certains globules blancs dans le sang),
- allergies pouvant se manifester de façon plus ou moins grave: urticaire, œdème de Quincke, réaction respiratoire (voir Faites attention avec AUGMENTIN 1g/125 mg ADULTES, poudre pour suspension buvable en sachet).

• néphrite interstitielle (maladie inflammatoire des reins) et cristallurie (présence de cristaux dans l'urine).

Si vous

informez

5. COM

Tenir hors

Ne pas la

boîte.

A conse

Les mét

médicaments

6. INF

Condition

QUE SA

Les anti

Aussi, ve

Les bac

traitemen

La résis

Vous ris

ne resp

• la di

• les r

• et la

En cons

1- N'ut

2- Res

3- Ne r

4- Ne d

5- Une appi

GlaxoS

Augmen

Informat

42-44 A



PPV : 222,00 DH
LOT : 593437
PER : 01/20



Augmentin® est une marque déposée
des sociétés du Groupe GlaxoSmithKline

Solupred® 20 mg

Prednisolone

Comprimé eff

58,40

Solupred® 20mg



Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin.

de tuberculoze, d'insuffisance cardiaque, de myasthénie, de fatigue musculaire. Prévenir les risques dans les régions d'Europe de l'Est.

Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL

1000 mg

Comprimé

PPV:14DH00
PER:05/21
LOT:H1166



DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé

La substance active est : paracétamol 1000 mg (1111,11 mg), pour un comprimé.

Les autres composants sont : croscarmellose, mais prégalatinisé, acide stéarique (origine végétale).

QU'EST-CE QUE DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé

Ce médicament contient du paracétamol. Il réduit la fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Il peut également être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose.

Cette présentation est réservée à l'adulte (à partir de 15 ans).

Lire attentivement la notice "Posologie".

Pour les enfants de moins de 15 ans, il existe d'autres présentations de paracétamol. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

IDENTIFIQUEZ

Compositio

Métafolb

quantité co

Excipients

anhydride, b

lithium, ci

sodium, si

Chaque co

Forme pha

Comprimé

Classe pha

GLUCOCORTI

(H : Hormo

DANS QUE

