

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-558189

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 10697 Société : 31328

Matricule : EL TENIA Autre : Habib

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : EL TENIA

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 : ACCUEIL SIEGE RAM /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-558189

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 :

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 : 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

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.

Le 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
VENTORIUM
SEJOUR EN MAISON DE REPOS
ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
des répétés en plusieurs séances ou actes
aux comportant un ou plusieurs échelonnées
le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

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 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 1610008

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : EL JENIAR MABRI
Matricule : 10627 Fonction : ELC Poste :
Adresse :
Tél. : 066 1869512 Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : BENAISSA Lila Age
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☒
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie : OTIS + VACCIN
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
A PARAT le 30.06.20
Durée d'utilisation 3 mois
Signature et cachet du médecin :

VOLET ADHERENT

DECLARATION 1610008
Matricule N° :
Nom du patient :
Date de dépôt :
Montant engagé
Nombre de pièces jointes :

RELEVÉ 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
30.6.12	ca		280,00	Dr. Dalinger - Alioua H. PÉDIATRE 29, Rue Patrice Lumumba Tél : 05 37 71 07 40

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie La Résistance N°22 Av. Le Résistant - Rabat et Rue Londer, Océan - Rabat Tel : 05 37 72 40 55	30/06/12	157,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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 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																					
				MONTANT DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B			MONTANT DES SOINS
	H		H																						
	25533412		21433552																						
	00000000		00000000																						
	D		G																						
	00000000		00000000																						
	35533411		11433553																						
	B																								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS																					
				DATE DE L'EXECUTION																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. H. DALINGER Alioua

Ancien Assistant des

Hopitaux de C.H.U de trèves R.F.A

**SPECIALISTE DES MALADIES
DES ENFANTS ET DU NOURISSON**

29, Rue Patrice Lumumba

Tél. : 05 37 76 07 40

الدكتورة ه. د النجيرة عليوة

م مساعدة جامعية

بمستشفيات تريف بألمانيا الفيدرالية

اختصاصية في أمراض

الأطفال والرضيع

29، زنقة باتريس لومومبا

الهاتف : 05 37 76 07 40

Rabat, le 30.6.20 : الرباط في

Benissa Lilia

134.60 x 1

- Tetra

22,50 x 1

- No - dol

luc, 19/05 20/05

157.10

Pharmacie La Résistance
N° 32 Boulevard Mohammed VI
Rabat - Tél : 05 37 76 07 40
et Rue Londres, Odean - Rabat
Tél : 05 37 76 07 40

Dr. Dalinger - Alioua H.
PEDIATRE
29, Rue Patrice Lumumba
Tél : 05 37 76 07 40

LOT : 9MA114
PER.: 05 2022

NO - DOL FEN 20MG/ML
SUSP BUV FL 150ML

P.P.V : 22DH50



يتناول هذا الدواء: عن طريق الفم.
يستعمل الدواء بواسطة حقنة قياس الجرعات (مدرجة بالكيلوغرام).
تدرج واحد من 1.5 كلغ يطابق 0.5 ملل من محلول للشرب
ويحتوي على 10 ملغ من إيبوبروفين.
احتفظوا بهذا الدواء في مكان آمن بعيدا عن متناول و نظر الأطفال.
اقرأ الوصفة كاملة قبل البدء في استعمال هذا الدواء.
يجب الاحتفاظ به في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية.

حرك القارورة جيدا قبل الإستعمال.

One dose (0.5 ml) contains:	
Diphtheria toxoid ⁽¹⁾	≥ 30 IU
Tetanus toxoid ⁽¹⁾	≥ 40 IU
<i>Bordetella pertussis</i> antigens:	
Pertussis toxoid ⁽¹⁾	25 micrograms
Filamentous haemagglutinin ⁽¹⁾	25 micrograms
Poliomyelitis virus (inactivated):	
- type 1 (Mahoney strain)	40 DU ⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾
- type 2 (MEF-1 strain)	8 DU ⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾
- type 3 (Saukett strain)	32 DU ⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾

⁽¹⁾ adsorbed on aluminium hydroxide, hydrated	0.3 mg Al ³⁺
⁽²⁾ DU: D antigen unit	
⁽³⁾ or equivalent antigenic quantity determined by a suitable immunochemical method	
⁽⁴⁾ produced on VERO cells	
TETRIXIM may contain traces of glutaraldehyde, neomycin, streptomycin and polymyxin B.	
List of excipients: Hanks medium without phenol red (complex mixture of amino acids including phenylalanine, mineral salts, vitamins and other components such as glucose), acetic acid and/or sodium hydroxide for pH	

adjustment, formaldehyde, phenoxethanol, ethanol and water for injections.
Read the package leaflet before use.
Keep out of the sight and reach of children.
Store in a refrigerator (2°C - 8°C).
Do not freeze.
Instructions on use: joint prevention against diphtheria, tetanus, pertussis and poliomyelitis.



MANUF:

05052018

LOT:

R3K922V

EXP:

04-2021

SN:

136R2349H8M7GV



PGC/ITN: 03664798023643

SANOFI PASTEUR
14 Espace Henry Vallée
69007 Lyon
France



Une dose (0.5 ml) contient	
Anatoxine diphtérique ⁽¹⁾	≥ 30 UI
Anatoxine tétanique ⁽¹⁾	≥ 40 UI
Antigènes de <i>Bordetella pertussis</i> :	
Anatoxine pertussique ⁽¹⁾	25 microgrammes
Hémagglutinine filamenteuse ⁽¹⁾	25 microgrammes
Virus poliomyélique (inactivé):	
- type 1 (souche Mahoney)	40 LD ⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾
- type 2 (souche MEF-1)	8 LD ⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾
- type 3 (souche Saukett)	32 LD ⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾

⁽¹⁾ adsorbée sur hydroxyde d'aluminium, hydraté	0.3 mg Al ³⁺
⁽²⁾ LD: unité d'antigène D	
⁽³⁾ ou quantité d'antigène équivalente déterminée selon une méthode immunochimique appropriée	
⁽⁴⁾ produits sur cellules VERO	
TETRIXIM peut contenir des traces de glutaraldéhyde, néomycine, streptomycine et polymyxine B.	
Liste des excipients: Milieu de Hanks sans rouge de phénol (mélange complexe d'acides aminés incluant la phénylalanine, de sels minéraux, de vitamines et autres composants comme le glucose), acide acétique et/ou	

hydroxyde de sodium (pour ajustement du pH), formaldéhyde, phénoxyéthanol, éthanol et eau pour préparations injectables.
Lire la notice avant utilisation.
Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.
A conserver au réfrigérateur (entre +2°C et +8°C).
Ne pas congeler.
Indications d'utilisation: prévention conjointe de la diphtérie, du tétanos, de la coqueluche et de la poliomyélite.

TETRIXIM

Vaccin diphtérique, tétanique, coquelucheux poliomyélique (inactivé), adsorbé (diphthérie component) and poliomyelitis (inactivated) va

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Tetrixim inj b1 ser 1 dose
P.P.V: 134,60 DH



SANOFI PASTEUR

Suspension injectable (0,5 ml en seringue pré-remplie) - box
Suspension for injection (0.5 ml in prefilled syringe) - box of