

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 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.



Déclaration de Maladie

N° W19-558189

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 10697	Société : EL MENEZOR Habilis	35328	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL MENEZOR Habilis			
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 :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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) : **28 JUIL 2020**

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

O Réclamation : contact@mupras.com
O Prise en charge : pec@mupras.com
O 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)
- SY = 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.

Tous 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.

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

TOUR EN MAISON DE REPOS

ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit des 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

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 / 2649 / 2857 / 2883
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 MADIBA
Matricule : 10697 Fonction : EIC Poste :
Adresse :
Tél. : 066 186 95 12 Signature Adhérent : *Jeniar*

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : BOUARISSA LILIA Age :
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin : 01/06/2010

Nature de la maladie : OTS + VDCCP

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

A 30/06/2010 Durée d'utilisation 3 mois

Dr. Dalinger PEDIATRE
29, Rue Païni Alioua H.
Signature et cachet du médecin
FDT 40

VOLET ADHERENT

DECLARATION

Matricule N° : 1610008 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 Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
30.6.20	ca		25000	Dr. Dalingen - Alioua h. PEDIATRE 29, Rue Patrice Lumumba Tél. 05 37 76 07 40

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie La Pergola N° 22 Avenue M. Léonard Boulevard Léonard - 05 37 72 40 55	30/06/18	157,10

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 soins.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L

Dr. H. DALINGER Alioua
Ancien Assistant des
Hopitaux de C.H.U de trèves R.E.A
SPECIALISTE DES MALADIES
DES ENFANTS ET DU NOURISSON
29, Rue Patrice Lumumba
Tél. : 05 37 76 07 40

الدكتورة د. النجيرة عليوة
مساعدة جامعية
بمستشفيات تريف بامانيا الفيدرالية
اختصاصية في أمراض
الأطفال والرضيع
زنقة باتريس لومومبا
الهاتف : 05 37 76 07 40

Rabat, le: 30.6.70 : الرباط في

Bouissa Lilia

134.60 x¹
— Tetraff.
22,50 x¹
— No - dol
157,10

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

PER: 05 2022
LOI : 9MAY14

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

P.P.V : 22DH50



6 118000 061892

يتناول هذا الدواء عن طريق الفم.
يستعمل الدواء بواسطه حفنة قياس الجرعات (مدرجة بالكيلوغرام).
تدرج واحد من 1.5 كلغ بطايق 0.5 ملل من محلول للشرب
ويحتوي على 10 ملخ من ايبوبروفين.
احتفظوا بهذا الدواء في مكان آمن بعيداً عن متناول ونظر الأطفال.
اقرأوصفة كاملة قبل البدء في استعمال هذا الدواء.
يجب الاحتفاظ به في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية.
حرك القارورة جيداً قبل الاستعمال.

One dose (0.5 ml) contains:			
Diphtheria toxoid ¹⁾	≥ 30 IU	adsorbed on aluminium hydroxide, hydrated	0.3 mg Al ²⁺
Tetanus toxoid ¹⁾	≥ 40 IU	DLU D antigen unit.	
Bordetella pertussis antigens:		or equivalent antigenic quantity determined by a suitable immunochemical method.	
Pertussis toxoid ¹⁾	25 micrograms	* produced on VERO cells.	
Filamentous haemagglutinin ³⁾	25 micrograms	TETRAXIM® may contain traces of glutaraldehyde, neomycin, streptomycin and polymyxin B.	
Poliomylitis virus (inactivated)			
- type 1 (Mahoney strain)	40 DU 200H	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	
- type 2 (MEF-1 strain)	8 DU 200H		
- type 3 (Saukett strain)	32 DU 200H		

SANOFI



MANUF.

05052018

LOT

R3K922V

EXP.

04-2021

SH.

136R2349H8M7GV

PCGTIN : 036647980202643

SANOFI PASTEUR
14 Espace Henry Vallée
69007 Lyon
France

Une dose (0.5 ml) contient:

Anatoxine diphthérique ¹⁾	≥ 30 U.I.	adsorbée sur hydroxyde d'aluminium, hydrate	0.3 mg Al ²⁺
Anatoxine tétanique ¹⁾	≥ 40 U.I.	DLU unité d'antigène D	
Antigènes de <i>Bordetella pertussis</i>		ou quantité d'antigène équivalente déterminée selon une méthode immunochimique appropriée.	
Anatoxine pertussique ¹⁾		* produits sur cellules VERO	
Hémagglutinine filamentuse ¹⁾	25 microgrammes	TETRAXIM® peut contenir des traces de glutaraldehyde, néomycine, streptomycine et polymyxine B.	
Virus poliomylétique (inactivé)	25 microgrammes		
- type 1 (souche Mahoney)	40 UD 200H	Liste des excipients: Milieu de Hanks sans rouge de phénol (mélange complexe d'acides aminés incluant la phénylalanine, de sels minéraux, de vitamine et autres composants comme le glucose), acide acétique et/ou	
- type 2 (souche MEF-1)	8 UD 200H		
- type 3 (souche Saukett)	32 UD 200H		

hydroxyde de sodium (pour ajustement du pH), formaldéhyde, phénoxylethanol, 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 tétonus, de la coqueluche et de la poliomylite.

TETRAXIM

Vaccin diphtérique, tétanique, coqueluchéen, poliomylétique (inactivé), adsorbé / diphtheria component) and poliomylitis (inactivated) va

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1,

Ain sebaâ Casablanca

TetraXim inj b1 ser 1 dose

P.P.V : 134,60 DH



SANOFI PASTEUR

