

## 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.

### rmacie :

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.

### ique :

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.

### ntaire :

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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 058103

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 70614 Société : 38909

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SAADI Rachid

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0610 338781 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) :



# 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.

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 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  
REVENTORIUM

SEJOUR EN MAISON DE REPOS  
LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit  
d'actes répétés en plusieurs séances ou actes  
successifs comportant un ou plusieurs échelonnages  
dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES  
- L'ORTHOPEDIE  
- 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 se présenter 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 MU 007853**

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : SAADI RACHID  
Matricule : 10614 Fonction : AGENT commercial Poste :  
Adresse : HAY SALAM n° 189 AGADIR  
Tél. : 0610338781 Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : \_\_\_\_\_ Age       
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☒  
Date de la première visite du médecin : \_\_\_\_\_  
Nature de la maladie : Gastroentérite  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances \_\_\_\_\_  
A Agadir, le 10/06/20  
Signature et cachet du médecin Dr. EL IDRISSI-RAJA Taha  
Imm. 712 Angle Av. Mohamed El Fassi  
et Rue Garçil. Essalam - AGADIR  
Tél : 05 28 29 22 85  
Durée d'utilisation 3 mois


### VOLET ADHERENT

**DECLARATION MU 007853**  
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
16.06.2	C2		8000K	 <p>Dr. ABDEL IDRISSI-RAJA Laïla Dentiste Imm. 762 Angle Av. Mohamed El Fassi et Rue Guardit Essalam - AGADIR Tél: 05 28 29 22 88</p>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>Pharmacie El Fassi Cité Essalam - AGADIR Tél: 05 28 23 56 38 Près de la Poste de la Poste</p>	10/06/2012	125.62

## 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
		AM	PC	IM	IV	

## VOLET ADHERENT

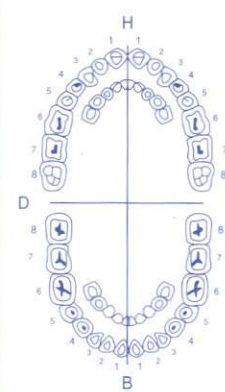
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement can 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 CœFFICIENT MASTICATOIRE																						
	<table><tr><td></td><td>H</td><td></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></td><td>B</td><td></td></tr></table>		H		25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553		B		CœFFICIENT DES TRAVAUX
	H																						
25533412		21433552																					
00000000		00000000																					
D		G																					
00000000		00000000																					
35533411		11433553																					
	B																						
		MONTANT DES SOINS																					
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	DATE DU DEVIS																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Spécialiste en Pédiatrie et en Néonatalogie

Ex. Pédiatre Au CHU de MARRAKECH

Réanimation néonatale - Diabète-Obésité - Nutrition  
Asthme-Allergie - DU de vaccinologie - Echographie-ECG

إختصاصية في طب الأطفال والمواليد

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي بمراكش

إنعاش المواليد - مرض السكري - السمنة  
الحمية الغذائية - الربو، الحساسية  
التلقيح - الفحص بالصدى

## ORDONNANCE

Agadir, le: 10/06/2020

SAADI RHITA

**AZIX 1500 MG, POUDRE POUR SOLUTION ORALE**

1 dose de 25 une fois par jour avant le repas pendant 3 jours

**VOGALENE 0,1 %, SOLUTION BUVABLE**

1 cuillère à café 3 fois par jour 15 minutes avant le repas si vomissements

**DOLI PEDIATRIQUE 3 %, SOLUTION BUVABLE**

1 dose de 27.5 toutes les 6 heures si température atteint 38.5

**TIORFAN 30 MG SACHETS**

1 sachet 3 fois par jour avant le repas tant que persiste la diarrhée

صيدلية السلام  
Pharmacie SALAM  
Boulevard Hassan II  
(Près de place taxi)  
Cité Salam - Agadir  
Tél: 05 28 23 56 36

Dr. EL IDRISSE-RAJA Laïla  
Pédiatre  
Imm. 762 Angle Av. Mohamed El Fassi  
et Rue Guercif, Essalam - AGADIR  
Tél: 05 28 29 22 85

Imm. 762 Angle Avenue Mohamed El Fassi et Rue Guercif, Au-dessus de Maroc Telecom  
Quartier Essalam, Agadir-

05 28 29 22 85

05 28 29 22 75

Urgence : 06 61 97 02 05

drelidrissi@outlook.fr

www.pediatre-agadir.ma



## COMMENT UTILISER CE M POSOLOGIE

La posologie de paracétamol de  
titre d'information.

**Si vous ne connaissez pas le  
dose la mieux adaptée.** Le par  
d'adapter le traitement au poids  
recommandée dépend du poids  
répartir en 4 prises par jour.  
Cette présentation est adaptée p  
15 mg / kg toutes les 6 heures  
kilogramme, permet d'administrer  
prise est donc obtenue en tirant le  
l'enfant. Cette dose peut être reno  
**prises par jour.**

Exemples:

- Pour un enfant de 3 kg, la dose  
remplie jusqu'à la graduation 3 kg.
- Pour un enfant de 10 kg, la dose  
remplie jusqu'à la graduation 10 kg.
- Pour un enfant de 15 kg, la dose

# Doli<sup>®</sup>

## PEDIATRIQUE

PARACETAMOL

### COMPOSITION

Paracétamol 3 g.

Excipients q.s.p. 100 ml de solution buvable.

Tenir compte de la présence de sucre  
(saccharose : 0,167 g de sucre par graduation  
de 1 kg figurant sur le système doseur).

Cette présentation est réservée à l'enfant de 3  
à 30 kg (soit environ de la naissance à 10 ans) ;  
lire attentivement la rubrique "posologie".

Pour les enfants ayant un poids différent, il  
existe d'autres présentations de paracétamol :  
demandez conseil à votre médecin ou à  
votre pharmacien.

Ce flacon contient 180 doses de 15 mg / kg

90 ml

Doli<sup>®</sup> PEDIATRIQUE ○  
PARACETAMOL 3%

SOLUTÉ BUVALE 90 ml



6 118000 040965

# Doli<sup>®</sup>

## PEDIATRIQUE

PARACETAMOL

DOULEURS et FIÈVRE



Pipette Doseuse

SOLUTÉ BUVALE À 3 %

Arôme caramel



bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

**Préparation de  
la suspension  
buvable :**



1 / Avant d'ouvrir  
le flacon, agiter  
vigoureusement  
la poudre du fond.



2/ Pour ouvrir le flacon,  
tourner le bouchon vers  
la droite.



3/ Remplir le godet  
verseur joint avec de  
l'eau jusqu'au trait  
indiqué.



4/ Verser le contenu du  
godet verseur dans le  
flacon contenant la  
poudre.



5/ Bien enfoncer le  
bouchon adaptateur  
dans le flacon.

6/ Refermer le flacon  
avec le bouchon.

7/ Agiter vigoureusement  
le flacon plusieurs fois.

**Azix® 1500 mg**

Azithromycine 40mg/ml

Poudre pour suspension buvable



6 118000 041245

# Azix®

**40 mg / ml** Azithromycine

## 1500 mg

### Poudre pour suspension buvable

PPV:80DH00

PER:01/23

LOT: J332

ENFANTS

**b**

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable



\_\_\_\_\_

150



**VOGALENE** 0,1% 

ደ ስለገለጸ ስለሆነው ጥንቱ

[illegible]

(2)  $\mathcal{L}_\infty$  (Lipschitz)

AMM N° 81/19/DMP/21/NRQ DNM

Les médicaments ne doivent pas être jetés au tout-à-l'égout ou avec les ordures ménagères. Demandez à votre pharmacien ce qu'il faut faire des médicaments inutilisés. Ces mesures permettront de protéger l'environnement.

موسم وینڈر سٹارز

چوتلہ

0,1%  
معدل التوزيع

Lot :  
EXP :  
PPV :



Vogalene<sup>®</sup>  
METOPIMAZINE

0.1g  
Tablets

Solution buvable  150 ml