

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.

Diologie 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.

Adresses Mails utiles

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



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 049897

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1096

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ZERROU Abdou

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0601049754

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 de 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 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 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
EJOUR EN MAISON DE REPOS
ES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
globaux comportant un ou plusieurs échelons
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 : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS

0539978

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : ZERRON Abdelhak
Matricule : 1096 Fonction : _____ Rôle : _____
Adresse : _____
Tél. : _____ Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : ZERRON Abdelhak Age
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : _____
Nature de la maladie : Traumatisme de la cheville
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances _____
A [Signature] le 14/09/15 Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT


DECLARATION

0539978


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
14/09/2012	S	2	300,50	 Dr Ahmed Farid M. El-Morad Psychiatre 25, Av. Als - Asdel, Rabat - Maroc Tél.: +212 (0)5 37 67 55 24

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE IBN KHALOUN A. BOUFALEB Pharmacien Rue de Fes - Mohammed VI Tél.: 05 23 32 34 60	14/09/2012	260,80

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	

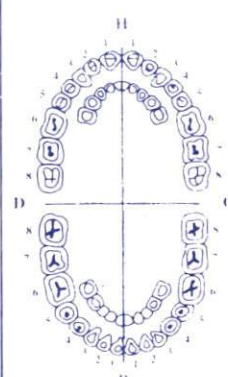
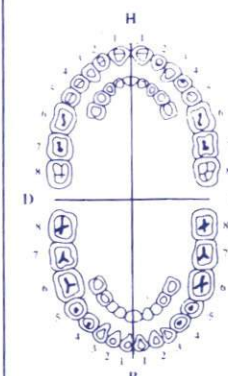
VOLET ADHERENT

* 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 soins.

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																											
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																										
				MONTANT DES SOINS <input type="text"/>																																										
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																																										
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																																										
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																																													
	<table border="0"> <tr> <td colspan="2"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> H G </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> </td> <td rowspan="4" style="vertical-align: middle; text-align: center;">B</td> <td>COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D G </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> </td> <td>MONTANT DES SOINS <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> </td> <td>DATE DU DEVIS <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div> </td> <td>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="4"> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </td> <td> </td> </tr> <tr><td colspan="4"> </td><td> </td></tr> <tr><td colspan="4"> </td><td> </td></tr> <tr><td colspan="4"> </td><td> </td></tr> <tr><td colspan="4"> </td><td> </td></tr> <tr><td colspan="4"> </td><td> </td></tr> </table>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> H G </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div>		B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D G </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div>		MONTANT DES SOINS <input type="text"/>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div>		DATE DU DEVIS <input type="text"/>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div>		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																													
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> H G </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div>		B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																										
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D G </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div>			MONTANT DES SOINS <input type="text"/>																																										
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																																										
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div>			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																																										
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Ahmed Farid MERINI

Psychiatre

Psychothérapie - Psychanalyse
pour Adultes, Enfants et Adolescents
CES de Psychiatrie

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nice

D.E.A de Psychopathologie
Ancien Médecin Interne Titulaire
des Hôpitaux de Nice

Sur rendez-vous



الدكتور أحمد فريد لميريني

اختصاصي في الأمراض النفسية

والعقلية والتحليل النفسي للكبار والأطفال

خريج جامعة نيس بفرنسا

طبيب سابق ملحق

بمستشفيات نيس

بالموعد

Rabat, le : 20/05/2019 : الرباط، في:

Zerrou Abdelhak

PHARMACIE IBN YASSINE
A. BOUTALEB Pharmacien
Rue de Fes - Mohammedia
Tél : 05 23 32 34 60

91,00 x 2

- seiraf 5 mg

1 - 0 - 1 + 2 mg
- 50 mg 1/2

2 gel de 1 + 1 mg

260,80

Dr Ahmed Farid MERINI
Psychiatre
25, Av. Atlas - Agdal, Rabat - Maroc
Tél : +212 (0)5 37 67 55 24

DORNAT PLUS®

| Dormir mieux, Vivre mieux

DORNAT PLUS®

A consommer de
préférence avant fin :
Lot N°.

78,80 DH ✓

10/2022
R260M

S-CITAP® 5mg, 10mg et 20mg

(Escitalopram oxalate)

1209002

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

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

1. Composition du médicament:

Escitalopram (sous forme escitalopram oxalate).....5mg, 10mg ou 20mg
Mannitol, Cellulose microcristalline, Croscarmellose sodique, Amidon de maïs, Stéarate de magnésium, Opadry blanche, Eau purifiée q.s.p 1 comprimé

2. Classe pharmaco-thérapeutique ou le type d'activité :

L'escitalopram est un antidépresseur/inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS).

3. Forme et présentation

S-CITAP 5mg, comprimés pelliculés. Boîtes de 20 et 30

nécessaire.

- Si vous avez une quantité de sodium dans le sang diminuée.
- Si vous avez tendance à saigner ou à avoir des bleus facilement.
- Si vous recevez un traitement par électrochocs.
- Si vous présentez une maladie coronarienne.

Veuillez noter

Certains patients maniaque-dépressifs peuvent développer une phase maniaque. Elle se caractérise par des idées inhabituelles et rapidement changeantes, une joie inappropriée et une suractivité physique. Si vous ressentez cela, contactez votre médecin.

Des symptômes tels qu'une agitation ou des difficultés à rester assis ou debout tranquillement, peuvent aussi survenir durant les premières semaines du traitement. Informez immédiatement votre médecin si vous ressentez ces symptômes.

Idées suicidaires et aggravation de votre dépression ou de votre trouble anxieux

Si vous souffrez de dépression et/ou de troubles anxieux, vous pouvez parfois avoir des idées d'auto-agression (agression envers soi-même). Ces idées peuvent être majorées au début d'un traitement. Si vous remarquez ces idées, le médicament n'agit pas tout de suite, contactez votre médecin.

Si vous avez des idées suicidaires ou si vous ressentez une aggravation de votre dépression ou de votre trouble anxieux, contactez immédiatement votre médecin ou allez directement à l'hôpital. Vous pouvez vous faire aider par un ami ou un proche. Si vous êtes dépressif ou que vous souffrez d'un trouble anxieux, lisez attentivement cette notice. Vous pouvez lui demander de vous aider à lire cette notice. Si votre anxiété s'aggrave, ou si elle s'inquiète, contactez votre médecin.

Utilisation chez l'enfant et l'adolescent

L'utilisation de S-CITAP est déconseillée chez les enfants et les adolescents de moins de 18 ans. Néanmoins, il est possible que votre médecin vous prescrive S-CITAP à des patients de moins de 18 ans si il/elle décide que c'est dans l'intérêt du patient. Le patient devra faire l'objet d'une surveillance attentive pour détecter l'apparition de

30 Comprimés pelliculés

LOT: KE00009
PER: DEC 2021
PPV: 91 DH 00

S-CITAP® 5mg, 10mg et 20mg

(Escitalopram oxalate)

1209002

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

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

1. Composition du médicament:

Escitalopram (sous forme escitalopram oxalate).....5mg, 10mg ou 20mg
Mannitol, Cellulose microcristalline, Croscarmellose sodique, Amidon de maïs, Stéarate de magnésium, Opadry blanche, Eau purifiée q.s.p 1 comprimé

2. Classe pharmaco-thérapeutique ou le type d'activité :

L'escitalopram est un antidépresseur/inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS).

3. Forme et présentation

S-CITAP 5mg, comprimés pelliculés. Boîtes de 20 et 30

nécessaire.

- Si vous avez une quantité de sodium dans le sang diminuée.
- Si vous avez tendance à saigner ou à avoir des bleus facilement.
- Si vous recevez un traitement par électrochocs.
- Si vous présentez une maladie coronarienne.

Veuillez noter

Certains patients manico-dépressifs peuvent développer une phase maniaque. Elle se caractérise par des idées inhabituelles et rapidement changeantes, une joie inappropriée et une suractivité physique. Si vous ressentez cela, contactez votre médecin.

Des symptômes tels qu'une agitation ou des difficultés à rester assis ou debout tranquillement, peuvent aussi survenir durant les premières semaines du traitement. Informez immédiatement votre médecin si vous ressentez ces symptômes.

Idées suicidaires et aggravation de votre dépression ou de votre trouble anxieux

Si vous souffrez de dépression et/ou de troubles anxieux, vous pouvez parfois avoir des idées d'auto-agression (agression envers soi-même). Ces idées peuvent être majorées au début d'un traitement. Si vous remarquez ces idées, le médicament n'agit pas tout de suite, contactez votre médecin.

Si vous avez des idées suicidaires ou si vous avez des idées d'auto-agression, contactez votre médecin ou allez directement à l'hôpital. Vous pouvez vous faire aider par un ami ou un proche. Si vous êtes dépressif ou que vous souffrez d'un trouble anxieux, consultez votre médecin. Si votre dépression ou votre trouble anxieux s'aggrave, ou si vous remarquez des idées suicidaires ou d'auto-agression, contactez votre médecin.

Utilisation chez l'enfant et l'adolescent

L'utilisation de S-CITAP est déconseillée chez les enfants et les adolescents de moins de 18 ans. Néanmoins, il est possible que votre médecin vous prescrive S-CITAP à des patients de moins de 18 ans si il/elle décide que c'est dans l'intérêt du patient. Le patient devra faire l'objet d'une surveillance attentive pour détecter l'apparition de

30 Comprimés pelliculés

LOT: KE00009
PER: DEC 2021
PPV: 91 DH 00