

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

armacie :

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.

tique :

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 canalaire, 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 canalaire.

aladie 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

Déclaration de Maladie
Nº P19- 056932

ND: 43325

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 429 Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Touria Béchir Ben Younous

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 : Ben Younous 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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-056932

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 :

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
 CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
 CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
 V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
 VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
 VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
 VC = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
 PC = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
 K = 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

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
 - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
 - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
 - PREVENTORIUM
 - SEJOUR EN MAISON DE REPOS
 - LES 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 prévenir 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 *par
Gomme*



MUPRAS

*Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857 / 281
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.r

FEUILLE DE SOINS 637935

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : *Touria Benayoun*

Matricule : *429* Fonction :

Adresse :

Tél. : *303896 050 4303896* Signature Adhérent

MUPRAS

03 ULI. 2020

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : *BENHAYOUNE Touria* Age *19*

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent

Conjoint

Enfant

Date de la première visite du médecin : *23/9/2020*

Nature de la maladie : *vertige*

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

A *MRC* le *23/9/2020* Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

*Dr J. SELKALIA
Spécialiste en Médecine de l'Appareil Digestif
Rue J. Léphore 10
Tunis*

VOLET ADHERENT

DECLARATION

637935



Matricule N° :

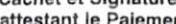
Nom du patient :

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
23 09 09 09/20	Cl		300 dh Dr J. EL HADJ Spécialiste de la maladie 4, Rue Mz. M. 10000 Casablanca Téléphone: 66.92	

EXECUTION DES ORDONNANCES

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	

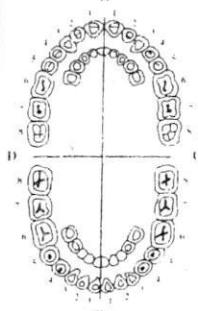
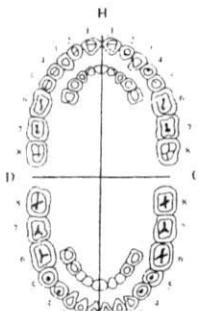
VIOLET ADHERENT

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 PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"> <td style="text-align: center;">G</td> </td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-bottom: 1px solid black;"> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </td></tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	<td style="text-align: center;">G</td>			G	B	00000000	00000000	<td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td>			35533411
H	25533412	21433552																		
D	00000000	00000000																		
<td style="text-align: center;">G</td>			G																	
B	00000000	00000000																		
<td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td>			35533411	11433553																
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		COEFFICIENT DES TRAVAUX																
				MONTANT DES SOINS																
				DATE DU DEVIS																
				DATE DE L'EXECUTION																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

Dr. Jamal Eddine BELKAHIA

SPECIALISTE O.R.L

Maladies et chirurgie de l'oreille

du nez et de la gorge

Pathologie Tumorale et carcinologie

du Cou et de la face

Diplômé de la Faculté de médecine
de Montpellier

الدكتور جمال الدين بلakahia

أخصائي في أمراض وجراحة

الأذن والأنف والحنجرة

أخصائي في أورام العنق والوجه

خريج كلية الطب بمونبليي

23 09 2020

Mme BENHAYOUNE Touria

TANGANIL:

51,00

1 comprimé 3 fois/ jour * 1 mois.

SKINOSALIC pommade:

1 application, 2 fois/jour * 10 jours.

26,50

77,50

صيدلية المحمدية
PHARMACIE MOHAMMADIA
N° 100 AV. PALESTINE Marrakech
Tél : 05 24 30 28 78

Dr. J. BELKAHIA
Spécialiste O.R.L.
4, Rue 1017 Imm. Moutauakkil Marrakech
Téléphone : 05 66 92

العنوان : زنقة موريطانيا عمارة المตوكل الطابق II مراكش - جليز - الهاتف : 0524 43 66 92

Adresse : Rue de Mauritanie Imm. Moutauakkil 2ème Etage Marrakech - Guéliz - Tél. : 0524 43 66 92

Skinosalic®

Formes et présentations :

Pommade : Tube de 30g
Lotion : Flacon de 30g

Composition :

Bétaméthasone (DCI)
dipropionate exprimé en
bétaméthasone.....
Acide salicylique.....
Excipients q.s.p.....

26,50

A17911

a (classe II) :

Propriétés :

- Skinosalic associe dans sa formule, Le Bétaméthasone et un kératolytique

Indications :

Dermatoses corticosensibles à composant

- lichénification

- psoriasis

- lichen

- dermite séborrhéique à l'exception du visage.

- la forme lotion adaptée plus particulièrement au traitement des affections du cuir chevelu, des régions pileuses et des plis.

Contre indications :

- Infections bactériennes, virales, fongiques, primitives et parasitaires, même si elles comportent une composante inflammatoire.

- Lésions ulcérées

- Acné et rosacée

- Hypersensibilité à l'un des composants.

- La forme pommade n'est pas adaptée aux lésions suintantes

Effets indésirables :

- Sont à craindre en cas d'usage prolongé :

atrophie cutanée, télangiectasies, vergetures, purpura ecchymotique secondaire à l'atrophie, fragilité cutanée.

- Au visage, les corticoïdes peuvent créer une dermatite péri-orale ou bien créer ou aggraver une rosacée.

- Peut être observé un retard de cicatrisation des plaies atones, des escarres et des ulcères de jambes.

- Possibilité d'effets systémiques liés au corticoïde et/ou à l'acide salicylique.

- Ont été rapportées : éruptions acnéiformes ou pustuleuses, hypertrichose, dépigmentation.

Mises en garde et précautions d'emploi :

- Si une intolérance locale apparaît, le traitement doit être interrompu et la cause doit être recherchée.

- Chez le nourrisson et le jeune enfant, il est préférable d'éviter Skinosalic. Il faut se méfier particulièrement des phénomènes d'occlusion spontanée pouvant survenir dans les plis ou sous les culottes imperméables.

- Skinosalic n'est pas destinée à l'usage ophtalmique ni à l'application sur les paupières ou les muqueuses.

- L'utilisation prolongée sur le visage des corticoïdes à activité forte expose à la survenue d'une dermite cortico-induite et paradoxalement corticosensible.

Posologie et mode d'emploi :

- Étaler doucement la pommade ou la lotion sur les lésions et faire pénétrer par un léger massage.

- Dans les affections du cuir chevelu, la lotion sera appliquée raié par raié, en dépassant largement la surface à traiter.

- Les applications seront limitées à 2 fois par jour pendant une à deux semaines, une augmentation du nombre d'applications risquerait d'aggraver les effets indésirables sans améliorer les effets thérapeutiques.

Conservation :

A conserver à l'abri de la chaleur

Liste I



Acétylleucine comprimé

ien, en raison de la présence d'IMPENSABLE DE DEMANDER U DE VOTRE PHARMACIEN. **les médicaments** mment un autre médicament, sans ordonnance, parlez-en à votre pharmacien.

iliser ce médicament pendant que vous êtes enceinte pendant que vous êtes enceinte car lui seul peut juger de l'efficacité de ce médicament ou à votre pharmacien.

otière: amidon de blé (gluten).

TANGANIL 500 mg

deux prises

selon l'év

s d'insuccès, le

6

CONFORMER

MEDECIN.

INDESSIRABLE

TANGANIL 500 mg

its indésirables, b

ition, rougeurs, urticaire et

ement observées.

Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si certains effets indésirables deviennent graves, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

5. COMMENT CONSERVER TANGANIL 500 mg, comprimé ?

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Ne pas utiliser TANGANIL 500 mg, comprimé après la date de péremption mentionnée sur la boîte.

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 permettent de protéger l'environnement.

6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

Que contient TANGANIL 500 mg, comprimé ?
La substance active est:

Acétylleucine 500 mg
Pour un comprimé.

Les autres composants sont:

Amidon de blé, amidon de maïs préégelatinisé, carbonate de calcium, stéarate de magnésium.

Qu'est-ce que TANGANIL 500 mg, comprimé et u de l'emballage extérieur ?

camment se présente sous forme de comprimé.

30.

728860

■

30

comprimés

TANGANIL

500

mg

تاجانيل

500

mg

تاجانيل