

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 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.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	Société :		
2020			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ASSIDIKI Mohammadj			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0699 599596 Total des frais engagés : Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 22 OCT. 2019			
Nom et prénom du malade :			
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 : 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)
- 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.

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.

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

OUR 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'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 : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 621171

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : ASSIDIKI MOHAMED

Matricule : 2020 Fonction : 1976 Poste :

Adresse : Lot Malouy Thami Rue 3 N° 25 oufala casa

Tél. : 0699 5995 06 Signature Adhérent :

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 :

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

A , le / / Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION

621171



Matricule N° :

Nom du patient :

Date de dépôt :

Montant engagé : 45,70

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 Palement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Ste Phcin El Chazzouli 101 17. Lot Recycrga - Essaouira Dr ASSAMAOUAT Zineb Tel/fax: 05 24 79 29 47</i>	09-09-19	45,70 DHS

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 canal ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX

Pharmacie STE PHIE ELGHAZOUA MOGADOF
Adresse 17 LOT REGRAGA BP 1543

Ville ESSAOUIRA

Tél : 0524792947



Client :

Facture N° : 76 79

Date : 09/09/2019

Forme	Désignation	Quantité	Prix PPV	Montant	Tva
PD	DIPROSONE PD GM	1	32.50	32.50	
PD	INONGAN PD	1	13.20	13.20	
Nombre de produit : 2		Montant Total		45.70 Dhs	
		Montant Payé		45.70 Dhs	
Dont tva :	Dhs	Reste à Payer		0.00 Dhs	

*Ste Phie Elghazoua Mogador
17. Lot Regraga - Essaouira
D. ASSIMAOUAT Zineb
Tél/Fax: 05 24 79 29 47*

CNSS

R.C
4395

PATENTE
47228618

I.F
20717794

دیپروزون®

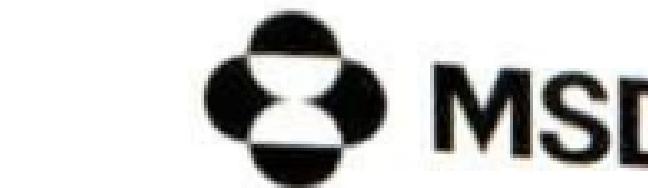
بیتا میتازون
لotion

% 0,05 °

LOT : 541

PER : MAR 2022

PPV : 32 DH 50



DIPROSONE 0,05 %
pommade



أنبوب 30 غ

Tube de 30 g

DIPROSONE 0,05 %
pommade

Lot N° / Date Per.:

CREME - ONGUENT INFILTRANTE

Inongan

NE GRAISSE PAS - NE TACHE PAS

COMPOSITION :

Salicylate de méthyle : 12,50 g | pour 100 g de crème
Camphre racémique : 1,00 g
Tube de 55 grs.

EXCIPIENTS :

Sédéflos 75 ® (distéarate d'éthylène et de diéthylène glycol associé à un phosphate d'alcool gras polyoxyéthyléné), Labrafil M2130 ® (glycérides polyglycolsaturés), paraffine liquide, menthol racémique, huile essentielle d'eucalyptus, eau purifiée.

مرهم - دهان متتسرب

إينونغان

غير مدهم - غير مبقع

INDICATIONS :

ANALGESIE PROFONDE
Douleurs rhumatismales - Douleurs du lumbago et du torticolo - Douleurs d'origine musculaire ou ligamentaire - Massages sportifs.

MODE D'EMPLOI :

Oncions légères de la zone douloureuse.
A répéter plusieurs fois par jour si nécessaire.

A.M.M. N° : 265

P.P.V. : 13,20 DH



Usage externe

استعمال خارجي

Fabriqué sous licence par

G مختبرات غالينيكا - م.ن. أولاد صالح - الدار البيضاء - المغرب
Laboratoires GALENICA - Z.I. Ouled Saleh - Casablanca - Maroc

LABORATOIRES SOFIBEL
Levallois - Perret Cedex
France



EINO11V1



لا يترك في متناول الأطفال
Ne pas laisser à la portée des enfants

يحفظ في أقل من 25 درجة مئوية

Conserver à une température inférieure à 25°C
الارشادات - حالات عدم الاستعمال - المقادير

وكيفية الاستعمال: إقرأ البيان داخله.

Indications - Contre-indications - Posologie et mode d'emploi : lire notice intérieure.

140x43x31