

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W19-476859

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2020 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ASSIDIKI Mohammed

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 : 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) :

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 Royal Air Maroc - Casablanca - Maroc. Tél : 05 22 22 22 22. Fax : 05 22 22 22 22. Email : contact@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)
- = 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

Ce 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
VENTORIUM
HOUR EN MAISON DE REPOS
ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
des répétés en plusieurs séances ou actes
aux comportant un ou plusieurs échelonnées
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 : ASSIDDIKI MOHAMMED
Matricule : 2020 Fonction : 1976 Poste :
Adresse : Lot Melay Thami Rue 3 N° 25 oulfa casa
Tél. : 0699595596 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 :
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
Nombre de pièces jointes : 45.70



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	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
		AM	PC	IM	IV	

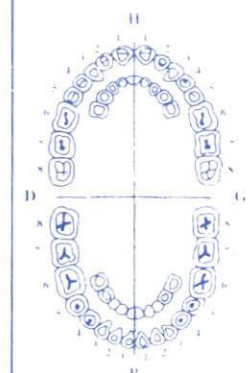
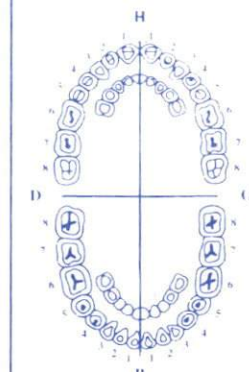
VOLET ADHERENT

* 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 canal, 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="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>D</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>G</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>B</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			25533412	H	21433552	00000000	D	00000000	00000000	G	00000000	35533411	B	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANT DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
25533412	H	21433552														
00000000	D	00000000														
00000000	G	00000000														
35533411	B	11433553														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L

Pharmacie STE PHIE ELGHAZOUA MOGADOR
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
Dr. ASSA MAOUAT Zineb
Tél : 05 24 79 29 47

CNSS

R.C
4395

PATENTE
47228618

I.F
20717794

Tube de 30 g

DIPROSONE® 0,05 %

pommade

أنبوب 30 غ

DIPROSONE 0,05 %

pommade



LOT: 541
PER: MAR 2022
PPV: 32 DH 50

ديبروزون® 0,05 % مرهم

بيتاميتازون
للدهن



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 :

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

مرهم - دهان متسرب

إينونغان

غير مدسم - غير مبقع

INDICATIONS :

Douleurs rhumatismales - Douleurs du lumbago et du torticolis - Douleurs d'origine musculaire ou ligamentaire - Massages sportifs.

MODE D'EMPLOI :

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

A.M.M. N° : 265

P.P.V. : 13,20 DH

ANALGESIE PROFONDE

Usage externe

إستعمال خارجي

Fabriqué sous licence par

مختبرات غالينكا - م.ص. أولاد صالح - الدار البيضاء - المغرب
Laboratoires GALENICA - Z.I. Ouled Saleh - Casablanca - Maroc

LABORATOIRES SOFIBEL
Levallois - Perret Cedex
France

ICEMCO



Inongan

Tube de 55 grs.

EIN011V1

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

الإرشادات - حالات عدم الإستعمال - المقادير
وكيفية الإستعمال: إقرأ البيان داخله.

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

140x43x31