

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

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° P19- 058101

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10614 Société : 38910

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SAADI Rachid

Date de naissance :

Adresse :

Tél : 0610338781 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)
- PSY = 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 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
SEJOUR EN MAISON DE REPOS
LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
actes répétés en plusieurs séances ou actes
opatoires comportant un ou plusieurs échelonnements
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 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 : 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 894045

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : SAMIR RACHID
Matricule : 10614 Fonction : AGENT commercial Poste :
Adresse : HAY SALAM n° 189 AGADIR
Tél. : 06 10 33 87 81 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 : Pharyngite
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
A le / /
Durée d'utilisation 3 mois

Dr. Ghizlane OUMRI
MEDECINE GENERALE SOIN DIABETE
Signature et cachet du médecin
05 28 22 22 07 / 06 45 11 11
Im. 4, Apt. 1, Jet Sakon, Hay Salam, Agadir

VOLET ADHERENT

DECLARATION

Matricule N° : 894045
Nom du patient :
Date de dépôt :
Montant engagé
Nombre de pièces jointes :



MUPRAS

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
23/05/2020	CS		\$150,00	Dr. Ghizlane Oudine MÉDECINE GÉNÉRALE SUIVI DIABÈTE SOINS D'URGENCE 05 28 22 22 07 / 06 45 17 93 38 Immeuble 1, Jet Salama, Hay Salam, Agadir

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Souad EL KHAYAT INP 42039750	23-05-20	245,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE DE RADIOLOGIE Avenue Kennedy 80000 - AGADIR Tél: 05 28 84 80 03 - Fax: 05 28 84 15 60 INP: 043000470	26/05/2020	FRANP	250,00

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								
				MONTANT DES SOINS								
				DEBUT D'EXECUTION								
				FIN D'EXECUTION								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX								
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANT DES SOINS
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	(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'EX								

Dr. Ghizlane Omri



د. غزلان عمري

Soins d'urgences

Échographie Générale & Obstétricale

E.C.G

Surveillance de la Grossesse

Surveillance HTA, Diabète

طبيبة سابقة في قسم المستعجلات

بمستشفى الحسن الثاني بأكادير

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

Ancien Médecin au services des urgences

de l'hôpital Hassan II d'Agadir

Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca

الإسعافات الأولية

الفحص بالصدى الصوتي

التخطيط الكهربائي للقلب

مراقبة الحمل

مراقبة الضغط والسكر

AGADIR, LE 23/05/2023

Mme Bouassif Anal.

91,00

2) Extra Mag

2 gel le soir

28,00

2) Alinor 50

1/2 - 0 - 1/2 p/j (1 semaine)

0 - 0 - 1 p/j (2 se)

18,40

3) Salupres 20

3 cp/j

(05)

Email : omrighizlan@gmail.com : البريد الإلكتروني

Prochain Rendez-vous le

05 28 22 22 07 : الهاتف : أكادير - السلام، حي السكّن، (قرب مقهى ريان) حي السلام، أكادير - الهاتف : 05 28 22 22 07
Imm. 4, Appt. 1, Jet Sakan, (près de Café Rayan) Hay Salam, Agadir - Tél.: 05 28 22 22 07

En cas d'urgences appelez :
+212 645 17 93 38

4) ^{65.00} Anginal (spray)



s App x 217

70

~~PHARMACIE LE CORAIL S.A.L.~~
~~245, 100, 100~~
~~Dr. BRUNO OUMRI~~
~~SUIVI DU DIABETE~~
~~URGENCES~~
~~005 28 22 22 07~~
~~Imm. 4, Apt. 1, Jet Sakam, Hay Salam, Agadir~~

CARDIOLOGUE
Echo-doppler cardio-vasculaire
Holter ECG

Diplômé de l'Université de Rennes I-France
Ancienne Médecin Assistante des Hôpitaux
de l'Ouest-France

اختصاصيه في امراض القلب والشرايين
الفحص بالصدى والدوبلر
هولتر التخطيط الكهربائي للقلب

خریجة جامعة رین ۱-فرنسا
طبيبة مساعدة سابقا بمستشفيات
غرب فرنسا

Agadir.....أكادير

et auriculaire
Absence de Schmit entre l'auriculaire
(Pas de défaut septal à l'étape atri-
ventriculaire).
Absence de CAD.
Cœur cardiaque mus dilaté et fin
VG-VB normaux.
Gros vaisseaux non dysplasiques.

à voir :

CV antérieur : tronc, large

épaisse et fine limite à l'arrière

gradient non significatif

CV inférieur : limite fine

absence de CAD au VG, dorsal

Docteur OMRI GHIZLANE
IMM 4 APPT 1
JET SAKANE HAY SALAM
80000 AGADIR
Dossier No 92605 042R NP 285480

Madame BOUASSIL AMAL

80000 AGADIR



Prélèvement du: 26/05/2020 à 10h00

Edité, le 27/05/20

RESULTATS D'EXAMENS BIOLOGIQUES

HORMONOLOGIE

Nature du prélèvement: SANG

Antécédents

TSH US.....
(Abbott Architect CI4100 CMA)

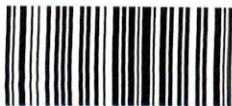
1,54 mUI/l (VR : 0.35 - 4.94)

Résultats validés par Dr.Sherazade LAKHDAR-GHAZAL, Biologiste

DR. S. LAKHDAR GHAZAL
BIOLOGISTE MÉDICALE
LABORATOIRE HARGUIL
Av. Kennedy, AGADIR
Tél: 0528 84 80 03 Fax: 0528 84 15 60

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES HARGUIL

Avenue Kennedy-Talborjt AGADIR TEL:0528-84-80-03 FAX:0528-84-15-60
ICE:001628874000008 I.F:75902170 PAT:48316551 CNSS:1761411 INP:043000470
SITE:www.laboratoire-harguil.com



043000470

FACTURE N° : 2005603

AGADIR, le : 26/05/2020
Nom et Prénom ... : AMAL BOUASSIL
Prescripteur : Dr. OMRI GHIZLANE
Mutuelle/Assurance. :
facturé à..... : ICE:

Bilan :

TSH B 250 +

Montant Net : 290,00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de:
Deux cent quatre-vingt dix Dh et zéro ct

La direction:

مختبر الدكتور حركيل
LABORATOIRE Dr. HARGUIL
Avenue Kennedy 80000 - AGADIR
Tél: 05 28 84 80 03 - Fax: 05 28 84 15 60



Urgences

D.U d'échographie

Certificat de diabétologie

ECG

Suivi de grossesse

طبيبة سابقة في قسم المستعجلات
بمستشفى الحسن الثاني بأكادير
خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

Ancien Médecin au service des urgences
de l'Hôpital Hassan II d'Agadir
Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie
de Casablanca

مستعجلات

شهادة جامعية للتحصن بالصدى

شهادة تتبع السكري

التخطيط الكهربائي للقلب

تتبع الحمل

Ghizlane Omri
MÉDECINE GÉNÉRALE - URGENCES
05 28 22 22 07
Imm. 4, Apt. 1, Jet Sakan, Hay Salam, Agadir

AGADIR, LE 23/05/2020

<input type="checkbox"/> Glycémie à jeun	<input type="checkbox"/> CA 125	<input type="checkbox"/> ECU + ATB
<input type="checkbox"/> Hémoglobine glucosée	<input type="checkbox"/> CA 15-3	<input type="checkbox"/> Protéinurie 24h
<input type="checkbox"/> Glycémie post prandiale	<input type="checkbox"/> Groupage	<input type="checkbox"/> P.V. + atbgr
<input type="checkbox"/> Hyperglycémie provoquée à 75g de glucose	<input type="checkbox"/> Test de Combs	<input type="checkbox"/> LIQ de sérosité:
<input type="checkbox"/> Urée	Indirect	(CYT-CHIM-BAC)
<input type="checkbox"/> Créatinine	<input type="checkbox"/> NFS	<input type="checkbox"/> FSH
<input type="checkbox"/> Acide Urique	<input type="checkbox"/> CRP	<input type="checkbox"/> LH
<input type="checkbox"/> Brili	<input type="checkbox"/> VS	<input type="checkbox"/> Prolactine
<input type="checkbox"/> Cho	<input type="checkbox"/> Plaquettes	<input type="checkbox"/> AMH
<input type="checkbox"/> Trig	<input type="checkbox"/> TP	<input type="checkbox"/> E2
<input type="checkbox"/> Lon	<input type="checkbox"/> Tck	<input type="checkbox"/> Progestérone
<input type="checkbox"/> ALP	<input type="checkbox"/> Fibrinogène	<input type="checkbox"/> A4 Andros-tène-dione
<input type="checkbox"/> ASAT	<input type="checkbox"/> VDRL	<input type="checkbox"/> 17 - OH-PG
<input type="checkbox"/> Phc	<input type="checkbox"/> TPHA	<input type="checkbox"/> BHCg { QUALITATIF
<input type="checkbox"/> GG	<input type="checkbox"/> TOXO	QUANTITATIF
<input type="checkbox"/> Amylasémie	<input type="checkbox"/> RUB	<input type="checkbox"/> VIT D2/D3
<input type="checkbox"/> Amylasurie	<input type="checkbox"/> HBS	<input type="checkbox"/> PROTEINE C,S
<input type="checkbox"/> CPK	<input type="checkbox"/> HCV	<input type="checkbox"/> AC Antiphospholipides
<input type="checkbox"/> LDH	<input type="checkbox"/> HSVI-2	<input type="checkbox"/> AAN
<input type="checkbox"/> T3-T4	<input type="checkbox"/> CMV	<input type="checkbox"/> Antithrombine III
<input checked="" type="checkbox"/> TSH (us)	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Autres :
	<input type="checkbox"/> Hémocultures

Sexe F
Né(e) 24/09/1975
260520 042
secrétariat
BOUASSIL AMAL
Bénéf/ Assurée
BOUASSIL AMAL

-PT-CA-RA)

s

studies

10

QV

29

.com

—A.R.

PHARMA

Dr. Müller



à la sauge

spray buccal

With Sage

Mouth Spray

Anginal[®]

PPC:65,00Dhs

Dr. Müller

PHARMA



ايرلوس® 5 ملغ

ديسلوراتادين

حبة
28 ملبسة

عن طريق الفم



PPV
LOT
PER

Composition :

Desloratadine 5 mg
Excipients q.s.p un comprimé
Excipient à effet notoire : Ethanol
Mises en garde spéciales :
Lire attentivement la notice avant utilisation.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

AMM N° 615/DMP/21/NRQ

Erlus® 5 mg
28 Comprimés Pelliculés



6 118000 180876



28 Comprimés Pelliculés

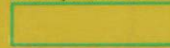
Erlus®
Desloratadine
5 mg

28 Comprimés
Pelliculés

Voie Orale



liste II uniquement sur ordonnance



Respecter les Doses Prescrites



Laboratoires SYNTHEMEDIC
20-22, Rue Zoubir Benou El Aouam
Roches Noires - Casablanca

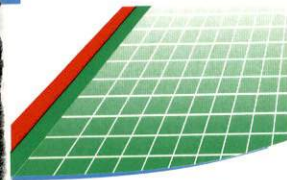
المكونات :
ديسلوراتادين 5 ملغ
السواغات ما يكفي قرص واحد
سواغ معروف التأثير: اتانول
تحذيرات خاصة :
اقرأ النشرة بعناية قبل الإستعمال
لا يترك في متناول و بصر الأطفال

Solupred® 20mg

Prednisolone

Voie orale

20 Comprimés effervescents



sanofi aventis

Solupred® 20mg

Prednisolone

احترم المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Solupred® 20 mg

20 Comprimés
effervescents



6 118000 060536

58,40

ALIVIAR®

sulpiride

ADSP N° : 206 DMP/21/NNP

Boîte de 20 gélules

Voie Orale

50 mg

ALIVIAR® 50 mg
20 Gélules



6 118000 230250



IBERMA

27,00

Extramag®

TRIPLE ACTION

COOPER PHARMA

PPC : 95,00 DH

**1 PRISE
/JOUR**

Soit 100 % des AJR*

• **MAGNÉSIUM MARIN**

¹Participe à la résistance au **STRESS**

• **VITAMINE B6 & MAGNÉSIUM**

²Contribuent à réduire la **FATIGUE**

• **VERVEINE**

³Aide à l'endormissement en cas
de **TROUBLES DU SOMMEIL**



COOPER
PHARMA

30 Comprimés tri-couches

Complément alimentaire Poids net : 31.5 g

A.J.R. * Apports pour 1 comprimé			Recommandés		
A.J.R. *	Apports pour 1 comprimé		Vitamine B6	2 mg	100%
			Extrait de verveine	100 mg	
			Magnésium	300 mg	100%

INGRÉDIENTS
Magnésium d'origine marine : agent de charge ; cellulose microcristalline ; extrait de verveine ; colorants ; anthocyanes ; indigotine ; antiagglomérants : séarate de magnésium, silice (nano) ; trihydratate de pyridoxine.

Complément alimentaire, n'est pas un médicament

Titulaire et distributeur : Cooper Pharma
41, rue Mohammed Doun - 20 110 Casablanca - MAROC
Fabricant : Herbatech - 64110 Vaison-la-Romaine - France

CONSEILS D'UTILISATION
Prendre un comprimé par jour avec un verre d'eau. Programme de 30 jours renouvelable plusieurs fois dans l'année.
PRÉCAUTIONS D'EMPLOI
Ne pas prendre Extramag en cas d'insuffisance rénale sévère ou d'allergie à l'un des composants contenus dans Extramag. Une consommation excessive peut entraîner des effets laxatifs.
Se conformer aux conseils d'utilisation. Ne pas dépasser la dose recommandée. Tenir hors de portée des jeunes enfants. À utiliser dans le cadre d'une alimentation diversifiée et d'un mode de vie sain. Déconseillé aux femmes enceintes ou allaitantes. À conserver à l'abri de la lumière, de l'humidité et de la chaleur.