

# 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.

## Diagnostique 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 canaux, 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 canaux.

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° P19- 058102

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10614 Société : 38907  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : SAA DI Rachid  
Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : 0610338181 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)
- = 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 au 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
- ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes nombreux 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

En cas d'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 / 28 57 / 28 83  
FAX : 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

## FEUILLE DE SOINS

N° 865115

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : SABIR RACHID  
Matricule : 10616 Fonction : AGENT COMMERCIAL Poste :  
Adresse : Hay Salam n° 189 ABASSA  
Tél. : 0610338781 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 : Affection all  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances : \_\_\_\_\_  
Docteur Abderrahmane EL JERRAR  
Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie  
Chirurgie de l'oreille, du nez et de la gorge  
Quartier N° 11 Bd Hassan I  
AGAF  
A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Durée d'utilisation 3 mois

### VOLET ADHERENT

DECLARATION

N° 865115

Matricule N° : \_\_\_\_\_  
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 Medecin attestant le Paiement des Actes
15.06.20	OL		200936	Docteur Abderrahmane EL JERRAN Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie Chirurgie Faciale et Cranio-maxillo-faciale Imm. Oumil N° 14 Bd. Hassan I AGADID TEL : 242 12.13

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Code INPE 042033589	15/06/20	229,90

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

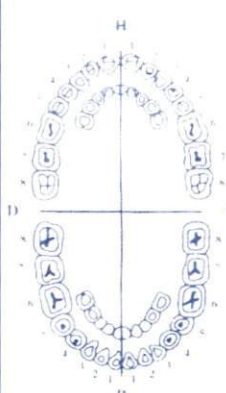
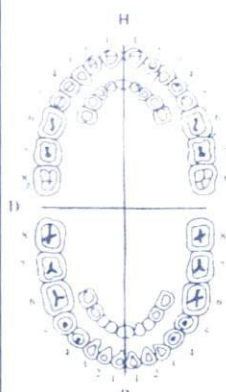
## VOLET ADHERENT

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Abderrahim EL JERRARI**

**Spécialiste O.R.L.**

Maladies et chirurgie du  
Nez-Gorge-Oreille

Chirurgie de la face et du cou

Chirurgie de la Surdité, Cancérologie

Ex.Médecin de l'Hôpital Militaire de Marrakech

Diplôme de la Faculté de Médecine  
de Strasbourg - France



**الدكتور عبد الرحيم الجراري**

إختصاصي في أمراض و جراحة

الأذن، الأنف و الحنجرة

جراحة الوجه و العنق

جراحة الصمم و سرطان العنق

طبيب سابق بالمستشفى العسكري بمراكش

خريج كلية الطب بـستراسبورغ - فرنسا

Agadir, le : .....**15/06/2020**..... : أكادير، في

**Mme Amal BOUASSIL**

190,00  
Aeromax

2 pul x 2/j ; 3 mois

39,90  
Exomuc

1 sch x 3/j ; 10j



Docteur Abderrahim EL JERRAR  
spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologi  
Chirurgie Face et Cou  
Imm. Oumlil N  14 Bd Hassan I.  
AGADIR Tél 048-82.13.13

229,90  
Pharmacie Ibn Zohr  
DR. SAHBAOUI  
Tél 05 28 82 13 13

عمارة أمليل، رقم 14، الطابق الثاني. شارع الحسن الثاني، أكادير، الهاتف : 05 28 82 13 13  
Imm.OUMLIL - N  14 - 2 me Etage - Av.Hassan II - AGADIR - Tél : 05 28 82 13 13



**Aeromax®**  
Budésonide

LOT:0036N008  
PER:02/2021  
PPV:190,0000

**Aeromax®**  
Budésonide

*Nasal*

100µg/dose

Suspension aqueuse  
pour pulvérisations  
nasales

200 doses

**Composition :**  
Budésonide (DCI) ..... 100 µg  
Excipients q.s.p. .... 1 dose  
Excipients à effets notoires :  
Chlorure de Benzalkonium,  
Glucose.

**Forme Pharmaceutique :**  
Suspension liquide. Flacon  
pulvérisateur de 200 doses.

**Mode et voie  
d'administration :**  
Voie nasale.

**Précautions particulières  
de conservation :**  
Ce médicament doit être  
conservé à une température  
< 30°C et à l'abri de la lumière.  
Maintenir le flacon en  
position verticale.

AGITER AVANT EMPLOI



117x38x38

**Aeromax®**  
Budésonide

**Aeromax®**  
Budésonide

*Nasal*

100µg/dose

Suspension aqueuse  
pour pulvérisations  
nasales

200 doses



**Aeromax®**  
Budésonide

Avant toute utilisation,  
lire attentivement la notice  
intérieure.  
Ceci est un médicament.  
Ne pas laisser à la portée  
des enfants.

Uniquement sur ordonnance  
**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I

Laboratoires **STERIPHARMA**  
sous licence **MEDINFAR**  
Z.I. Lina n° 347 - Sidi Maarouf  
Casablanca

Amine TAHIRI

Pharmacien Responsable

**MEDINFAR**

7

A 149

Granulé  
sans sucre  
30 sachets

acétylcystéine 200 mg

**Exomuc**<sup>®</sup>

**Exomuc**<sup>®</sup>

acétylcystéine 200 mg

30 sachets

PROMOPHARM S.A.



6 118000 240341

**Exomuc**<sup>®</sup>

acétylcystéine 200 mg

Granulé  
sans sucre  
30 sachets



LOT 20003  
FER AVR 22  
PPV 39DH90

39,90