

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

optique :

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.

ladie 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
Nº P19- 058102

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10614 Société : 389-7

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SAADI Rachid

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0610330781

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)
- IPSY = 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 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 PRÉALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HÔPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU EVENTORIUM

JOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUÉS EN SÉRIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes beaux comportant un ou plusieurs échelons dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

- L'ORTHOPÉDIE

- 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

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2857 / 2883
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 : S. ABDI RACHID

Matricule : 10614 Fonction : AGENT commercial Poste : _____

Adresse : HAY SALAM N° 183 AGADIR

Tél. : 0610338781 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MÉDECIN 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 articulaire

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

VOLET ADHERENT

DECLARATION N° 865115

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 Medecin attestant le Paiement des Actes
15.6.13	01		20000	Docteur Abderrahman EL JERRAK Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie Chirurgie Faciale et Crânienne Immeuble Oumilil N° 14 Bât. Hassan 1 Casablanca - Maroc - 2013

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE INI LUDUR PARIS 15^e</i>	15/06/23	229,95

ANALYSES – RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalai ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L

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 الجاري

اختصاصي 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 بستراسبورغ - 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

229,90



Docteur Abderrahim EL JERRARI
Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie Face et Cou
Imm. Oumil N° 14 Bd Hassan I.
AGADIR Tel: 05 28 82 13 13

Dr. SIDI MAMDOUH
Pharmacie IBN ZOHOR
Tel: 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 - 2éme Etage - Av.Hassan II - AGADIR - Tél : 05 28 82 13 13



MEDINFER



Pharmacien Responsable
Amine TAHIRI

Gesäßbrüche
Z.I. Lina n° 347 - Sidi Maaouf
sous licence MEDINFER

laboratoires STERPHARMA
Liste I

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
Uniquement sur ordonnance

Ceci est un médicament.
Ne pas laisser à la portée
des enfants.

Avant toute utilisation,
lire attentivement la notice
instructrice.

Budésonide

200 doses

nasales
pour pulvérisation
Suspension aqueuse

100µg/dose


Budésonide

Aeromax®

A 149

6 118001 110360



AEROMAX 100µg/dose

MEDINFER

AVANT EMPLOI

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

Mode et voie
d'administration :
Voie nasale.

Forme pharmaceutique :
Suspension liquide. Flacon
pulvérisateur de 200 doses.

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

200 doses

nasales
pour pulvérisation
Suspension aqueuse

100µg/dose


Budésonide

Aeromax®

117X38X38

Aeromax®
Budésonide

LOT:00306N008
PER:02/2021
PPV:190,00 dh

30 sachets
sans sucre
Granulé

acétylcystéine 200 mg

Exomuc®

Exomuc®

acétylcystéine 200 mg

Granulé
sans sucre
30 sachets

Exomuc®

acétylcystéine 200 mg
30 sachets
PROMOPHARM s.a.



6 118000 240341



LUT 20003
FER AVR 22
PPV 39DH90

33,90