

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## iologie 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.

## ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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 Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

Nº M20- 0009364

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 27117 Société : R.P.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KABABI, ADEL

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

### 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) : .....

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº M20-09364

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

# 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 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.

Le 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 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  
EVENTORIUM

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'ORTHOPÉDIE

- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS

- LES CURES THERMALES

- LA CIRCONCISION

- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA

TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883

FAX : 05 22 91 26 52

TELEX : 3998 MUT

E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma



**M U P R A S**

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## FEUILLE DE SOINS

764091

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom :

Matricule :

Adresse :

Tél. :

KABADI ALI

RETRAITE

Poste :

Sigle :

JK ABADI ALI

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom  
du patient :

KABADI ALI

Age 30 10 15 15 14

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent

Conjoint

Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : Alcoolisme

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

A Casa, le 02.10.2007

Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

Dr. Chahid  
100 Bd. Hassan II Casablanca  
Tunisie

## **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 Paiement des Actes
02-12-2010	Chirurgie	1/ECG.	300,00	Dr. Yousef DRIDI CARRIO - SUE 100 Bd. Oum Kalthoum Casablanca Tel: 05 22 93 85 00 Hassan:

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	8-10-2020	69.00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **SOINS ET PROTHESES DENTAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des s

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'

# Docteur Youssef DRISSI

Spécialiste des maladies  
du Cœur et des Vaisseaux

Ancien Médecin Interne  
des Hôpitaux de Paris

- Holter tensionnel
- Holter rythmique
- Epreuve d'effort
- Echo-doppler  
cardiaque couleur



الدكتور يوسف الإدريسي

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

طبيب سابق بمستشفيات باريس

الفحص بالصدى بالألوان

- الهولتر -

Casablanca, le

٢٠١٢، ٢٥

Kasbah 2012

63.00

Souscription

AS

٢٠١٣-٢٠١٤

صيدلية صوفيا  
PHARMACEUTIQUE SOPHIA  
Mme. Bentiboulidé BP. Slaoui  
214, Bd. Ibnou Sina - CASA  
Tél: 0522 36 01 64

2013-2014  
Casablanca - Maroc  
Souscription à l'ordre

100، شارع أم الربيع - إقامة الأفق - الحي الحسني - الدار البيضاء

100, bd. Oum Rabii - Résidence Al Ofoq (près de la Polyclinique CNSS) Hay Hassani - Casablanca

المستعجلات : 0661 08 02 82 - Tél./Fax : 0522 93 86 00 - E-mail : ydrissi@hotmail.com - Urgences : 0661 08 02 82

# SUPERFORM-GS®

Vitamines, minéraux et Oligo-éléments

Sans Sucre



Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce Produit

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, demander à votre médecin, ou pharmacien

#### Dans cette notice :

1. Qu'est-ce que SUPERFORM et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser SUPERFORM ?
3. Effets secondaires.
4. Comment utiliser SUPERFORM ?
5. Comment conserver SUPERFORM ?
6. Présentation.
7. Composition et informations nutritionnelles.

#### 1- Qu'est-ce que SUPERFORM et dans quel cas est-il utilisé ?

SUPERFORM contient des vitamines, minéraux et oligo-éléments essentiels en quantités équilibrées les unes par rapport aux autres. Les vitamines, sels minéraux et oligo-éléments sont des substances vitales non fabriquées par notre organisme et qui sont apportées principalement par l'alimentation.

Ces substances ne sont cependant pas toujours présentes en quantités suffisantes dans l'alimentation quotidienne.

SUPERFORM complète l'alimentation en apportant des quantités adéquates en vitamines sels minéraux et oligo-éléments et peut être utilisé en cas de fatigue et asthénie passagères ou chroniques ; convalescence à la suite d'une maladie ou d'une opération chirurgicale ; cures d'amaigrissement de longue durée ou des régimes spéciaux ou bien en cas d'efforts physiques ou intellectuels intenses.

#### 2- Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser SUPERFORM ?

##### Précautions et contre-indications :

Parler à votre médecin ou pharmacien avant d'utiliser SUPERFORM si vous :

Souffrez d'insuffisance rénale.

Etes en situation d'hypervitaminose.

Utilisez d'autres produits ou compléments alimentaires.

DANS TOUS LES CAS DEMANDER AVIS A VOTRE MEDECIN OU PHARMACIEN.

##### Grossesse et allaitement :

SUPERFORM ne doit pas être utilisé pendant la grossesse lorsque l'alimentation contient des produits riches en vitamine A tels que le foie, les produits laitiers, les œufs, la margarine, l'huile de table. SUPERFORM peut être utilisé au cours de l'allaitement.

DANS TOUS LES CAS DEMANDER AVIS A VOTRE MEDECIN OU PHARMACIEN.

#### 3- Effets secondaires :

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou pharmacien.

#### 4- Comment utiliser SUPERFORM ?

Reservez à l'adulte.

La posologie de SUPERFORM est de 1 comprimé effervescent par jour à prendre de préférence à jeun. Mettre le comprimé effervescent dans un verre d'eau et boire après dissolution complète.

Ne pas dépasser la dose journalière sauf avis contraire de votre médecin ou pharmacien.

Fermer le tube immédiatement après utilisation.

#### 5- Comment conserver SUPERFORM ?

A conserver hors de portée ou de la vue des enfants.

A conserver à l'abri de la chaleur et de l'humidité.

Ne pas utiliser au-delà de la date de péremption mentionnée sur le tube.

La date de péremption fait référence au dernier jour de ce mois.

#### 6- Présentation :

Boîte de 20 ou 10 comprimés.

Arôme agréable fruité.

Complément alimentaire, n'est pas médicament

پذیرش میکنید - جسم میکند - جسم میکند - جسم میکند

فيما مينات معادن واملاح معدينه

I-GS®  
lements



u start taking this

gain.  
sk your doctor or

PERFORM?

?  
nd essential trace  
ch other. Vitamins,  
es not produced by  
r, these substances  
n the daily diet.

equate amounts of

chronic fatigue and  
covery period; high  
t-loss program and

ERFORM?

ng SUPERFORM if

CIST.

ry if the diet is rich  
nargarine, cooking

CIST.

t to your doctor or

t daily preferably  
er and drink after

unless otherwise

LOT: L 2900516

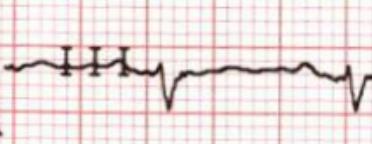
EXP: 07.2021

PPC

69.00 Dhs

Food suppl

10 mm/mV



25 mm/s

36.793

2.157 026

0.05-35Hz F50 SSF SBS

2.157 026

K A B A D i

A L I

5 mm/mV



DRISSI posses AT-101 1.32 M

Ve 02-OCT-20 12:53:43

2.157 026