

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.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

M23-0026963

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7075 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : IBRAHIMI IHLIA
 Date de naissance :
 Adresse :

 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

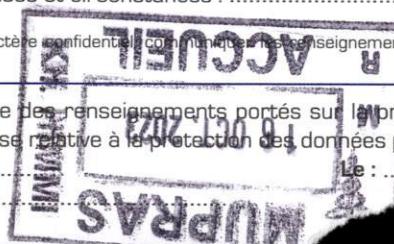
Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

 Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie :
 Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :
 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) : 



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	00000000
	00000000
35533411	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'EXECUTION

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
 CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
 CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
 V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
 VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
 VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
 VS = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
 PC = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
 K = 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

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
 - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
 - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
 - PREVENTORIUM
 - SEJOUR EN MAISON DE REPOS
 - LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
 - d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
 - globaux 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 prévenir 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

366938

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : *7075*

Matricule : Fonction : Poste :

Adresse :

Tél. : Signature Adhérent :

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 : *oulcer pelvine + fibrome*

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

366938

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 Médecin attestant le Paiement des Actes
07/09/2015	Examen		GR	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ALMA PARIS 20 ^e arrondissement 103, rue de la Convention 75020 PARIS Tél. 43 85 85 85	23/01/2015	261,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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.

VISA ET CACHET DU BRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PPV 131.60 DH
PPV 03/2026
EXPI 230383
LOT 230383
Obstétrique
ca et de Paris Saclay
escartes
cration, Paris
Diplômée en Assistance
Diplômée en Coeliochirurgie, CHU Clermont Ferrand
Diplômée en Hystéroscopie opératoire, Paris
Diplômée en chirurgie vaginale, Nîmes
Diplômée en Colposcopie et pathologie
cervico vaginale

Préscription Pratisoft -



توليد
دلاي



Cabinet de Gynécologie Obstétrique

LOT: 641VAA
EXP: 05/2024
PUC: 96.000H

ORDONNANCE

05/09/2023

MME IBRAHIMI ILHAM

- **Biotimate**
1 toilette vaginale par jour
- **Spectrum 500 mg - comprimé pelliculé**
1 Comprimé, matin, soir, pendant 7 jours
- **Colpotrophine 10 mg - capsule vaginale**
1 Capsule, soir, pendant 10 jours

Bio 2/26
JAH 2/27
(Lot BB-05)
2/23/23
Boulevard Al Khandaq n° 6
Casablanca, Maroc
COLPOTROPHINE 10 mg - capsule vaginale
P.P.V. 30080 10 mg - capsule vaginale
6 118001180691

des Hopitaux CAS - Tel: 0522 86 55 51
8, Rue Abu Al Aida 2000
Déservi en pharmacie
PHARMACIE AL-HIRMA
CASABLANCA SARL AU

Docteur HADDOUT Sana
Gynécologue Obstétricienne
Téléphone: 06 52 02 48 40

05/09/2023 12:50

Dr. HABDOU Sana

Médecin Spécialiste en Gynécologie Obstétrique

Lauréate des facultés de médecine de Casablanca et de Paris Saclay

Diplômée en Échographie, Faculté Paris Descartes

Diplômée en Assistance médicale à la procréation, Paris

Diplômée en Coeliochirurgie, CHU Clermont Ferrand

Diplômée en Hystéroscopie opératoire, Paris

Diplômée en chirurgie vaginal, Nîmes

Diplômée en Colposcopie et pathologie

cervico vaginale

Préscription | Pratisoft - Solution pour la santé



طبية أخصائية في طب و جراحة أمراض النساء و التوليد
خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء وباريس ساكلاني

دبلوم في الشخص بالصدى، جامعة ديكارت بباريس

دبلوم في علاج قم الزوجين و المساعدة على الإنجاب، باريس

دبلوم في الجراحة بالمنظار الباطني، كلية كليرمون فيران

دبلوم في تنظير الرحم التشخيصي والجراحي، باريس

دبلوم في الجراحة المهبلية، نيم

دبلوم في التخطير المهبلاني وامراض عنق الرحم، فاس

Cabinet de Gynécologie Obstétrique

ORDONNANCE

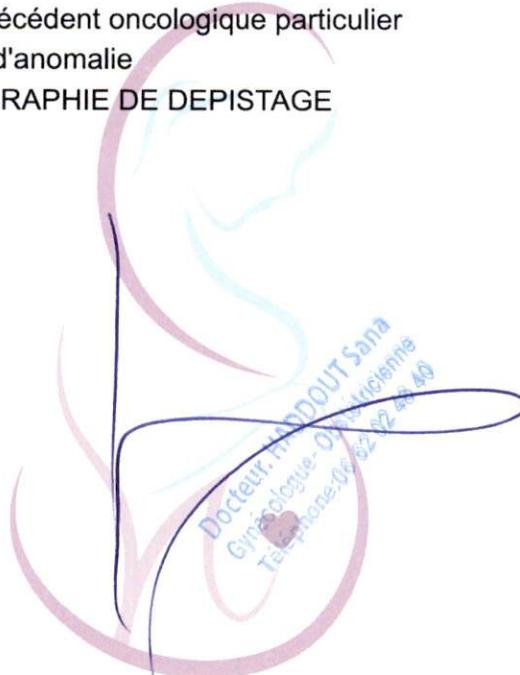
05/09/2023

MME IBRAHIMI ILHAM

Patiante sans antécédent oncologique particulier

A l'examen : pas d'anomalie

ECHO MAMMOGRAPHIE DE DEPISTAGE



10, Bd Moulouya, SAMI CENTRE au-dessus de Marjane Market, 3^{ème} étage N° 41 OULFA Casablanca



05 22 90 78 52 - 0808 65 61 89



Urgences : 06 62 02 48 40

<https://192.168.1.25/pratisoft/v748-1530/prescription/text-prescription/480> www.pratisoft-cg.com