

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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 329 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : AZMI MILouda

Date de naissance : 1945

Adresse :

Tél. : 05 22 20 45 45 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : 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) :



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)
CNPSPY = 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
VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
PC = Acte de pratique médicale courrant 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 échelons
- 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 : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 1574531

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom :
Matricule : Fonction : Poste :
Adresse :
Tél. : Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : AZMI Milouda Age :
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin : 15/06/22

Nature de la maladie : Bruit de tout le corps + RGQ

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

A Benachid le 15.06.22 Durée d'utilisation 3 mois

Dr. Soumia CHAMRAOUI
Médecine Générale
Echographie Générale
13, Bd. Maâtkach - BERRECHID
Tel. 0522 33 65 90

Signature et cachet du médecin

VOLET ADHERENT

DECLARATION

Matricule N° : 1574531 MUPRAS
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
15/06/2021	1C	X1	150 DT	
				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p style="color: red; font-size: 2em;">PHARMACIE ASSALA</p> <p>ASMOUD Samir Docteur en Pharmacie 12. Rue ASSALAH Ghar Al Houcine BERRECHID 05 22 22 84 00</p>	15/06/19	651,30

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	



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.

O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> <td style="width: 50px; height: 40px; text-align: center;">H</td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px; text-align: center;">D</td> <td style="width: 50px; height: 40px; text-align: center;">G</td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px; text-align: center;">00000000</td> <td style="width: 50px; height: 40px; text-align: center;">00000000</td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px; text-align: center;">00000000</td> <td style="width: 50px; height: 40px; text-align: center;">00000000</td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px; text-align: center;">25533412</td> <td style="width: 50px; height: 40px; text-align: center;">21433552</td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px; text-align: center;">35533411</td> <td style="width: 50px; height: 40px; text-align: center;">11433553</td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px; text-align: center;">B</td> <td style="width: 50px; height: 40px; text-align: center;">G</td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		H		D	G		00000000	00000000		00000000	00000000		25533412	21433552		35533411	11433553		B	G		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANT DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																						
D	G																						
00000000	00000000																						
00000000	00000000																						
25533412	21433552																						
35533411	11433553																						
B	G																						

VISA ET SAGUET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET SAGUET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتورة سمية الغمراوي

Lauréat de la Faculté
de Médecine de Casablanca

Médecine Générale
Echographie Générale

ASMOUN Samir
Docteur en Pharmacie
12 Rue ASSALAM Hay Al Houde
BERRECHID
Tél : 05 22 32 84 84

خريجة كلية الطب
بالدار البيضاء
الطب العام
الفحص بالصدى

15/06/22

Berrechid, le : برشيد، في :

19, ٥٠ AZMI Milouda

- 1) Eclin gel nettoyant surgras
٤٠,--> Pour le Bain
- 2) Kaline K-Atopic crème
٢٣,٤٠ اپریج le soir
- 3) Omiz 20 mg gel (2B)
٨٩,-- ١ gel/j le matin à jeun
- 4) Vitamag fast sachets
١ sac/j le soir

٢٦٥١,٨٠

Dr.

Dr. Soumia GHAMRAOUI
Médecine Générale
Echographie Générale
12 Rue Marrakech - BERRECHID
Tél : 05 22 32 84 85 99



17, Bd de Marrakech, Hay Kadiri
Berrechid - Tél.: 05 22 33 65 99

١٧ شارع مراكش، حي القادري
05 22 33 65 99 - الهاتف
برشيد، ٠٥ ٢٢ ٣٢ ٨٤ ٨٤ - رقم الموبايل

PRESSENTATIONS :

OMIZ® 20 mg : Boute de 7 gélules
OMIZ® 10 mg : Boute de 7 gélules
Boute de 28 gélules
Boute de 14 gélules
Boute de 28 gélules

COMPOSITION :

OMIZ® 20mg
Omeprazole..... 20 mg
..... 1 gélule
EXCipient à effet notable : saccharose
OMIZ® 10mg
Omeprazole..... 10 mg
..... 1 gélule
EXCipient à effet notable : saccharose
EXCipient q.s.p.
OMIZ®
EXCipient à effet notable : saccharose
OMIZ®
EXCipient à effet notable : saccharose
OMIZ® 10 mg : Boute de 28 gélules
OMIZ® 20 mg : Boute de 7 gélules

INDICATIONS :

- En association à une bactériose antiglobulique, eradication de Helicobacter prior en cas de maladie ulcéruse gastroduodénale.
- Chez l'adulte : inhibiteur de pompe à protons (appelé également métabolisme). Il diminue la sécrétion acide au niveau de l'estomac.

CLASSE PHARMACOTHÉRAPEUTIQUE :

OMIZ®
Omeprazole..... 10 mg
..... 1 gélule
EXCipient à effet notable : saccharose
OMIZ®
EXCipient à effet notable : saccharose
OMIZ® 10mg
Omeprazole..... 10 mg
..... 1 gélule
EXCipient à effet notable : saccharose
OMIZ®
EXCipient à effet notable : saccharose
OMIZ® 20mg
Omeprazole..... 20 mg
..... 1 gélule
EXCipient à effet notable : saccharose
OMIZ®
EXCipient à effet notable : saccharose
OMIZ® 10 mg : Boute de 7 gélules
OMIZ® 20 mg : Boute de 7 gélules

CORTE-INDICATIONS :

- Traitements courts (lessions gastroduodenales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens lorsqu'en posologie élevée gastro-ésophagien,
- Traitements courts (lessions gastroduodenales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens chez les patients à risques (notamment âgés supérieurs à 65 ans, malades d'ulcère gastroduodenal pour lesquels un traitement anti-inflammatoire est indispensable),
- Traitement préventif des lessions gastroduodenales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens lorsqu'en posologie élevée gastro-ésophagien.
- Syndrome de Zollinger-Ellison.
- Ulcère gastrique évolutif.
- Ulcère duodénal évolutif.
- Traitements courts (lessions gastroduodenales induites par les patients souffrant d'œsophagite prior ou pas qu'il peut être possible.
- Chez l'adulte : ésoxydation des espaces per rectum gastro-ésophagien.
- Chez l'enfant à partir d'un : Désoxydation des espaces per rectum gastro-ésophagien.

MISSES EN GARDE / PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

- Hypersensibilité à l'un des constitutants de ce médicament.
- En cas de douleur avec "laïzante anti-inflammatoire".
- En cas de douleur avec "laïzante anti-inflammatoire" (medicamenteux).
- En cas de douleur avec "laïzante anti-inflammatoire".
- En cas de douleur avec "laïzante anti-inflammatoire".

Mises en garde :

Misses en garde :
Précautions d'emploi :
Utiliser ce médicament avec précaution en cas d'affections droguées du foie.
AVIC "laïzante associée au théorain" (medicamenteux). Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament

INTERACTIONS AVIC D'AUTRES MÉDICAMENTS :

AVIC "laïzante associée au théorain" (medicamenteux). Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament

