

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.

M23-0016538

180300

Couleur

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8062 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : BISTARI NG AHMED
 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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23-016538

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 :

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

VD = 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 REVENTORIUM

- JOUR EN MAISON DE REPOS

ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit des répétés en plusieurs séances ou actes comportant un ou plusieurs échelons de temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

- L'ORTHOPÉDIE

- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS

- LES CURES THERMALES

- LA CIRCONCISION

- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit 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

courriel

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 MU 041572

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : BISTARINE AHMED

Matricule : 8062 Fonction : Retraite Poste :

Adresse : Rue 15 N° 8 ERAC 2NE2 GANE AGADIR

Tél. : 0668324698 Signature Adhérent : ME

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : BISTARINE AHMED Age 011 011 612

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin : 04 OCT 2023

Nature de la maladie : DEMANGEA

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

A : AGM, le : 04 OCT 2023 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

Dr. ALI HOMMI

DERMATO-VENEROLOGUE

Immeuble GUERMANE AV. 29 Février

Tel : 05 28 82 19 82 - AGADIR

VOLET ADHERENT

DECLARATION MU 041572

Matricule N° : 8062

Nom du patient : BISTARINE AHMED

Date de dépôt : 382,50

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
01/01/2023	Se		250 dh	Dr. AIT HOUSSINE DERMATO-VENEROLOGUE Immeuble GUERMANE Av. 29 Février Tél 05 28 82 19 82 - AGADIR

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie du Soleil AY Kennedy Agadir Tel: 05.28.84.80.04	4-10-23	132,60

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

tendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs 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.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

The diagram shows a dental arch with 12 numbered teeth. The teeth are labeled with the following numbers: 1, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1. The letter 'H' is positioned above the first two teeth, and the letter 'L' is positioned below the last two teeth. To the right of the arch is a table with four rows of dental codes. The columns are labeled 'H' (top), 'D' (second), 'G' (third), and 'P' (bottom). The rows are as follows:

H	D	G	P
25533412	00000000	00000000	
00000000	00000000	00000000	
35533411	00000000	11433553	

(Création, remont, adjonction)

VISÉ ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISÉ

VIGA ET SACHEZ DU PRATICIEN ATTESTÉ

Docteur Ali HOMRI

Maladie de la peau, du Cuir Chevelu, de l'Ongle
et des Maladies sexuellement Transmissibles

Chirurgie Dermatologique

Laser Dermatologique

Ancien Médecin-Chef du Service Dermatologie

Hôpital HASSAN II

الدكتور حمري علي

اختصاصي في أمراض الجلد والشعر والأظافر

والأمراض التنسالية

الجراحة الجلدية

العلاج بالليزر

رئيس سابق لمصلحة الجلد بمستشفى

الحسن الثاني أڭادير

04 OCT 2023

Besteine Ahmed

ASADOL (4 Flacon)

- XY tout le corps (levig, refaire appliq)
- une autre application 7 jours 
- Le 28 juillet une application
- Traiter toute la famille
- Demander la rétention d'urine
avec ce bâton 

42.8 21

XY CET



16,85

8 SICINDE

132 ps

Rendez-vous le :

سکینوزون

مرهم

١٥

بيتاميتازون (ديبروبينات)

عن طريق الجلد

Composition :

Bétaméthasone (dipropionate) 0.05g
Excipients q.s.p 100g

Tube de 15g contenant 7.5mg de Bétaméthasone sous forme de dipropionate
Usage externe

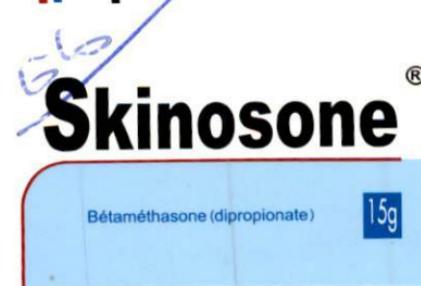
Contre-indications, précautions et mode d'emploi : voir notice

INDICATIONS :

Traitement des lésions sèches : - Eczéma de contact - Dermatites atopiques - Dermates séborrhéiques
à l'exception du visage - Psoriasis - Dyshidroses - Traitement symptomatique du prurit

دوعي الاستعمال:

لعلاج الأمراض الجلدية المتفجرة بآفات حادة: اكزيما التلامس - التهاب الأدمة المفرطة الحساسية
- التهاب الأدمة المتعلقة برسولان ذهني باستثناء الوجه - الصدفية - الحزار - زيادة العرق واحتياسته
في العدمة - معالجة آعراض الحكة الشديدة



Pommade

Skinsone pommade
tube de 15g



6118000 091592

Ne pas avaler

Conserver à l'abri de la chaleur

37524130

A17991



Laboratoires Pharmaceutiques PHARMA 5
Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable

Ascabiol®

Solution à usage externe

150 ml

18,20



Ascabiol®

Solution à usage externe

150 ml

18,20



Ascabiol®

Solution à usage externe

150 ml

18,20



Ascabiol®

Solution à usage externe

150 ml

18,20



Docteur Ali HOMRI

Maladie de la peau, du Cuir Chevelu, de l'Ongle
et des Maladies sexuellement Transmissibles
Chirurgie Dermatologique
Laser Dermatologique
Ancien Médecin-Chef du Service Dermatologie
Hôpital HASSAN II

الدكتور حمري علي
اختصاصي في أمراض الجلد والشعر والأظافر
والأمراض التنسالية
الجراحة الجلدية
العلاج بالليزر
رئيس سابق لمصلحة الجلد بمستشفى
الحسن الثاني أڭادير

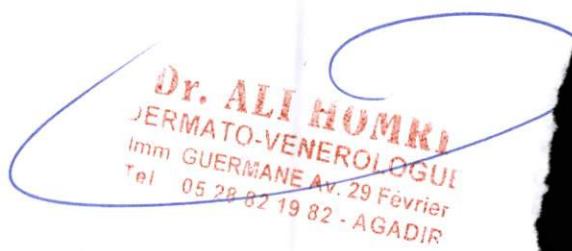
04 OCT 2023

BISTARINE ATLAS

Vw ce jom an acht
joue aublise le

de blegue

S, 250 ph



Rendez-vous, le :

الطابق الثاني - شارع 29 فبراير - تلبرجت - أڭادير الهاتف : 05.28.82.19.82 المحمول : 06.72.04.73.73
Imm. GUERMANE N°5 - 2ème Etage - Av. 29 Février - Talborjt - AGADIR - Tél. : 05.28.82.19.82- GSM.