

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	626	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ASSIDIKI Mohamed			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
22 OCT. 2012			
Date de consultation : / /			
Nom et prénom du malade : Age :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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)
- = 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 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

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU

REVENTORIUM

EJOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes libaux 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 revenir 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

DATE DE DEPOT



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

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 621177

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : ASSIDIKI MOHAMED
Matricule : 1000 Fonction : 1976 Poste :
Adresse : Lot Malay thami Rue 3 N° 25 OULFA CASA
Tél. : 06998 99596 Signature Adhérent : ✓

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : ASSIDIKI Mohamed Age 30

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin : 04 Sept 19

Nature de la maladie : D.N.I.D.

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

A Essaouira, le 04 10 91 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

Dr. Al Massira ESSAOUIRA
Tél : 069 43 12 1

VOLET ADHERENT

DECLARATION

621177



Matricule N° :
Nom du patient :
Date de dépôt :
Montant engagé : 663.50
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
04 SEPT 2019	2019	9	-	8024
				CHAMPIGNY MASSIRAT ESCOURT 069 43 12 22

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Phacie El Gacemia 11, B'ddar 1er Regime, 10000 Sousse Dr. ASS. M. A. Zineb Télé: 05 24 79 29 47	04-09-16	583,50

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

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANT DES SOINS	DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																		
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">G</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td></td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> </table>				25533412	H	21433552	00000000	D	00000000	G			00000000	B	00000000	35533411		11433553	MONTANT DES SOINS			
25533412	H	21433552																					
00000000	D	00000000																					
G																							
00000000	B	00000000																					
35533411		11433553																					
	<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				DATE DU DEVIS																		
					DATE DE L'EXECUTION																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

ORDONNANCE

Assidiki Mohamed.

Le 4 SEPT 2019

$$\begin{array}{r} 66130 \times 5 \\ 3301500 \quad \text{Daoum} \quad 15 \\ \hline 183150 \end{array}$$

SV

$$\begin{array}{r} 22180 \times 9 \\ 252100 \quad \text{Elaoude} \quad 1000 \quad \text{SV} \\ \hline 183150 \end{array}$$

583150

Ste Phie Elghazoua Mogadif
17, Amt Regraga - Essaouira
Dr ASSAMAOUAT Zineb
Tél/fax: 05 24 79 29 47

111 dr 03 mrs

~~Dr. Salah Elghazoua~~
Médecine Générale
Bd. A. Massira Essaouira
Tél : 069 63 12 1

Daonil 5mg

Respecter les doses prescrites

احترم дозات المقدمة

Uniquement sur ordonnance - TABLEAU A
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A

PER : 02 2021

LOT : 9 MA008

DAONIL 5MG
CP SEC B60

P.P.V : 66DH30



9 118000 060055

O



sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P. 1 - Ain Sebaâ
20250 Casablanca

Daonil 5mg

Respecter les doses prescrites

احترم дозы المقدمة

Uniquement sur ordonnance - TABLEAU A
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A

PER : 02 2021

LOT : 9 MA008

DAONIL 5MG
CP SEC B60

P.P.V : 66DH30



9

118000 060055

O



sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P. 1 - Ain Sebaâ
20250 Casablanca

Daonil 5mg

Respecter les doses prescrites

احترم дозات المقدمة

Uniquement sur ordonnance - TABLEAU A
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A

PER : 02 2021

LOT : 9 MA008

DAONIL 5MG
CP SEC B60

P.P.V : 66DH30



9

118000 060055

O



sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P. 1 - Ain Sebaâ
20250 Casablanca

Daonil 5mg

Respecter les doses prescrites

احترم дозы المقدمة

Uniquement sur ordonnance - TABLEAU A
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A

PER : 02 2021

LOT : 9 MA008

DAONIL 5MG
CP SEC B60

P.P.V : 66DH30



9

118000 060055

O



sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P. 1 - Ain Sebaâ
20250 Casablanca

Daonil 5mg

Respecter les doses prescrites

احترم дозات المقدمة

Uniquement sur ordonnance - TABLEAU A
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A

PER : 02 2021

LOT : 9 MA008

DAONIL 5MG
CP SEC B60

P.P.V : 66DH30



9

118000 060055

O



sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P. 1 - Ain Sebaâ
20250 Casablanca

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

28,00

755.500.01.18

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

28,00

755.500.01.18

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

28,00

755.500.01.18

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

28,00

755.500.01.18

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

28,00

755.500.01.18

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

28,00

755.500.01.18

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

28,00

755.500.01.18

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

28,00

755.500.01.18

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

28,00

755.500.01.18

Pharmacie STE PHIE ELGHAZOUA MOGADOF
Adresse 17 LOT REGRAGA BP 1543

Ville ESSAOUIRA

Tél : 0524792947

Client :



Facture N° :

75 78

Date : 09/09/2019

Forme	Désignation	Quantité	Prix PPV	Montant	Tva
CO	GLUCOPHAGE 1000 BT 30 COMP	9	28.00	252.00	
CO	DAONIL GM	5	66.30	331.50	
Nombre de produit :	Montant Total			583.50 Dhs	
	Montant Payé			583.50 Dhs	
Dont tva :	Dhs	Reste à Payer			0.00 Dhs

Ste Phie El ghazoua Mogador
17. Lot Regraga - Essaouira
Dr ASSAMAOUAT Zineb
Tél/fax: 05 24 79 29 47

CNSS

R.C
4395

PATENTE
47228618

I.F
20717794