

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Ad.090 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ALAOUI HACHIMI My HAFID

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066132966

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 :

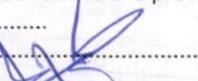
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 Coefficients	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 traitements canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a dental arch with 16 numbered teeth (1 through 8 on the upper arch, 9 through 16 on the lower arch) and four directional points: A (top), B (bottom), C (right), and D (left). The teeth are arranged in a standard dental layout, with the upper arch having a central incisor (1), lateral incisor (2), canine (3), first molar (4), second molar (5), third molar (6), and fourth molar (7). The lower arch has a central incisor (9), lateral incisor (10), canine (11), first molar (12), second molar (13), third molar (14), and fourth molar (15). The first molar (4) and second molar (5) on the upper arch are labeled with 'P' and 'M' respectively, while the first molar (12) and second molar (13) on the lower arch are labeled with 'M' and 'P' respectively. The third molar (6) on the upper arch is labeled with 'S' and the third molar (14) on the lower arch is labeled with 'L'.

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LA REVIS

VISA ET GACHET 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
 VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
 PC = Acte de pratique médicale courante et de petite chirurgie
 K = Actes de chirurgie et de spécialités

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 EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs actes échelonnés 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 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

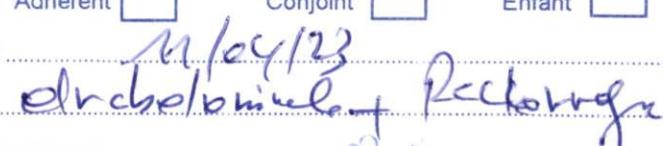
AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 91.26.46/2648/2649/2857/2883
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail: mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS № 024187

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : ALAOUI HACHIDI My HAFID
 Matricule : 1020 Fonction : Retraite Poste :
 Adresse :
 Tél. : 0661.329659 Signature Adhérent : 

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : ALAOUI HACHIDI My HAFID
 Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant
 Date de la première visite du médecin : 11/04/123
 Nature de la maladie : 
 S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances :
 A : CASA, le 11/04/123 Signature et cachet du médecin : 
 Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION
 Matricule N° :
 Nom du patient :
 Date de dépôt :
 Montant engagé :
 Nombre de pièces jointes :
 № 024187



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
11/04/23	O2		200,00	
19/04/23	On		6	

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
 PHARMACIE ABOUTIKA 125 Bis, Avenue Belaïd 1000 Tunisie Vendeur en pharmacie 110-112-114-116-118-120-122-124-126-128-130-132-134-136-138-140-142-144-146-148-150-152-154-156-158-160-162-164-166-168-170-172-174-176-178-180-182-184-186-188-190-192-194-196-198-199-200-201-202-203-204-205-206-207-208-209-210-211-212-213-214-215-216-217-218-219-220-221-222-223-224-225-226-227-228-229-230-231-232-233-234-235-236-237-238-239-240-241-242-243-244-245-246-247-248-249-250-251-252-253-254-255-256-257-258-259-260-261-262-263-264-265-266-267-268-269-270-271-272-273-274-275-276-277-278-279-280-281-282-283-284-285-286-287-288-289-290-291-292-293-294-295-296-297-298-299-299-300-301-302-303-304-305-306-307-308-309-310-311-312-313-314-315-316-317-318-319-320-321-322-323-324-325-326-327-328-329-330-331-332-333-334-335-336-337-338-339-340-341-342-343-344-345-346-347-348-349-350-351-352-353-354-355-356-357-358-359-359-360-361-362-363-364-365-366-367-368-369-369-370-371-372-373-374-375-376-377-378-379-379-380-381-382-383-384-385-386-387-388-389-389-390-391-392-393-394-395-396-397-398-399-399-400-401-402-403-404-405-406-407-408-409-409-410-411-412-413-414-415-416-417-418-419-419-420-421-422-423-424-425-426-427-428-429-429-430-431-432-433-434-435-436-437-438-439-439-440-441-442-443-444-445-446-447-448-449-449-450-451-452-453-454-455-456-457-458-459-459-460-461-462-463-464-465-466-467-468-469-469-470-471-472-473-474-475-476-477-478-479-479-480-481-482-483-484-485-486-487-488-489-489-490-491-492-493-494-495-496-497-498-498-499-499-500-501-502-503-504-505-506-507-508-509-509-510-511-512-513-514-515-516-517-518-519-519-520-521-522-523-524-525-526-527-528-529-529-530-531-532-533-534-535-536-537-538-539-539-540-541-542-543-544-545-546-547-548-549-549-550-551-552-553-554-555-556-557-558-559-559-560-561-562-563-564-565-566-567-568-569-569-570-571-572-573-574-575-576-577-578-579-579-580-581-582-583-584-585-586-587-588-589-589-590-591-592-593-594-595-596-597-597-598-599-599-600-601-602-603-604-605-606-607-608-609-609-610-611-612-613-614-615-616-617-618-619-619-620-621-622-623-624-625-626-627-628-629-629-630-631-632-633-634-635-636-637-638-639-639-640-641-642-643-644-645-646-647-648-649-649-650-651-652-653-654-655-656-657-658-659-659-660-661-662-663-664-665-666-667-668-669-669-670-671-672-673-674-675-676-677-678-679-679-680-681-682-683-684-685-686-687-688-689-689-690-691-692-693-694-695-696-697-697-698-699-699-700-701-702-703-704-705-706-707-708-709-709-710-711-712-713-714-715-716-717-718-719-719-720-721-722-723-724-725-726-727-728-729-729-730-731-732-733-734-735-736-737-738-739-739-740-741-742-743-744-745-746-747-748-749-749-750-751-752-753-754-755-756-757-758-759-759-760-761-762-763-764-765-766-767-768-769-769-770-771-772-773-774-775-776-777-778-779-779-780-781-782-783-784-785-786-787-788-789-789-790-791-792-793-794-795-796-797-797-798-799-799-800-801-802-803-804-805-806-807-808-809-809-810-811-812-813-814-815-816-817-818-819-819-820-821-822-823-824-825-826-827-828-829-829-830-831-832-833-834-835-836-837-838-839-839-840-841-842-843-844-845-846-847-848-849-849-850-851-852-853-854-855-856-857-858-859-859-860-861-862-863-864-865-866-867-868-869-869-870-871-872-873-874-875-876-877-878-879-879-880-881-882-883-884-885-886-887-888-889-889-890-891-892-893-894-895-896-897-897-898-899-899-900-901-902-903-904-905-906-907-908-909-909-910-911-912-913-914-915-916-917-918-919-919-920-921-922-923-924-925-926-927-928-929-929-930-931-932-933-934-935-936-937-938-939-939-940-941-942-943-944-945-946-947-948-949-949-950-951-952-953-954-955-956-957-958-959-959-960-961-962-963-964-965-966-967-968-969-969-970-971-972-973-974-975-976-977-978-979-979-980-981-982-983-984-985-986-987-988-989-989-990-991-992-993-994-995-996-997-997-998-999-999-1000		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des coefficients	Montant des honoraires
 Dr. Jean-Pierre Léveillé 103-313 R.R. Cosmopolitan			

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du praticien	Dates des soins	Nombre				Montant détailé des honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr GOURINDA Mohammed

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif
 Ancien Attaché au Service de Gastroenterologie
 - CHU IBN ROCHD -
 (Foie, Estomac, Vésicule Biliaire, Colon)
 Pathologie Médicale et Chirurgicale
 (Hémorroides, Fissures, Fistules Analas)
 Technique de Hémorroïdectomie au Ligasure
 Fibroscopie - Coloscopie - Echographie Abdominale

الدكتور محمد ڭوريندة

الختصاري في أمراض الجهاز الهضمي
 اختصاصي سابق بالمستشفى الجامعي - ابن رشد

التهاب الكبد الفيروسي، المعدة، المريء، الأمعاء، القولون

أمراض المخرج، الشق الشرجي، إزالة الدمل،

وجراحة البروستات بالليزر

الفحص بالمنظار الداخلي للمعدة والقولون

الفحص بالصدري



19/04/23

Mani Uacini; Oulay UAFIS

16,00

11 Titanium anee

14,50 x 2
29,00

Hemofurb Supr

45,00



~~Dr. GOURINDA MOHAMMED
 Spécialiste Des Maladies
 de l'Appareil Digestif
 N°50 Bloc 42 Hay Al Wifak Sidi Bernoussi
 Casablanca Tel: 05.22.75.60.99~~

Lundi - Vendredi : 9h:00 - 16h:30

الإثنين - الجمعة : 9 صباحا إلى 16:30 بعد الزوال

Samedi : 9h:00 - 13h:00

السبت : 9 صباحا إلى 13:00 زوالا

14,15

LOT: 22043
PER: 03-2025
PPV: 16,000H

14180

Dr GOURINDA Mohammed

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif
 Ancien Attaché au Service de Gastroenterologie
 CHU IBN ROCHD -
 (Foie, Estomac, Vésicule Biliaire, Colon)
 Proctologie Médicale et chirurgicale
 (Hémorroïdes, Fissures, Fistules Anales)
 Technique d'Hémorroïdectomie au Ligasure
 Fibroscopie - Colonoscopie - Echographie Abdominale



الدكتور محمد گوريندا

اختصاصي في امراض الجهاز الهضمي
 اخصاصي سابقاً بالمستشفى الجامعي - ابن رشد
 التهاب الكبد الفيروسي، المعدة، المرارة، الأمعاء، القولون
 أمراض المخرج، الشق الشرجي، إزالة العمل،
 وجراحة البواسير بالليزر
 الفحص بالمنظار الداخلي للمعدة والقولون
 الفحص بالصدى

11/04/23

Alami Hatchimi Mly Wafis

12.80

S.V

1' Contalax

2 cu le soui de Mardi

2 cu le matin mercredi

a Jeun

14.00

2 Fontaines
 4 Sachet → 4 litre d'eau

S.V

Bloc 42 N° 50 - Bd Ahmed El Abdi (Prés Cinéma Salam) Sidi Bernoussi
 Casablanca Tél: 05.22.75.60.99

Vendredi : 9h:00 - 16h:30
 Samedi : 9h:00 - 13h:00

Dr GOURINDA MOHAMMED
 Spécialiste Des Maladies
 de l'Appareil Digestif
 Bloc 42, Hay Al Wittak Sidi Bernoussi
 Casablanca Tél: 05.22.75.60.99



PHARMACIE HAY RAJA
 Hicham ABOUTIKA
 Docteur en pharmacie

125 Bd. Ay. Des Pleiades Bd Anoual
 Hay Raja Casablanca
 Tél: 05.22.75.60.99
 GSM: 06.72.22.64.97
 06.72.22.64.97 - 05.22.75.60.99 - شارع أحمد العدي (قرب سينما السلام سابقاً) سيدى البرتوصي - الدار البيضاء - هاتف العادة: 05.22.75.60.99 - المحمول: 06.72.22.64.97

maphar ☒

Boulevard Aklima n°6
Quartier Industriel Sidi Berroua - Casablanca - Maroc
FORTRANS SAC B4
P.P.V. : 142.20 DH
6118001181209

LOT : W13990
P : 05/2025

CONTALAX 5MG

CP B60



6 118000 010326