

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 canaux, 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 canaux.

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M23-0018288

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2706 Société : _____
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : _____
Nom & Prénom : CHEBI CHER LAMIA
Date de naissance : _____
Adresse : _____
Tél. : 0661 693351 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : _____

Date de consultation : _____/_____/_____
Nom et prénom du malade : IBRAHIMI LAMIA 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) : _____

RELEVÉ 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

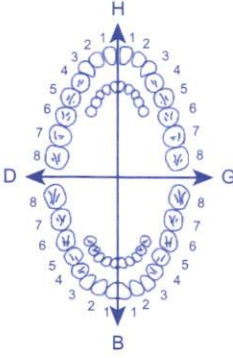
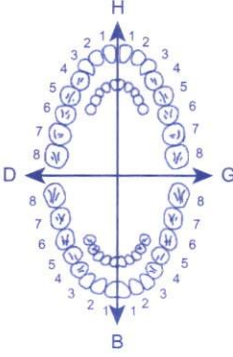
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
					

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	SF	= Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
CS	= Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)	SFI	= Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
CNPSY	= Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre	AMM	= Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute
V	= Visite de jour au domicile du malade par le médecin	AMI	= Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
VN	= Visite de nuit au domicile du malade par le médecin	AP	= Actes pratiqués par un orthophoniste
VD	= Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade	AMY	= Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
VD	= Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié	R-Z	= Electro - Radiologie
PC	= Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie	B	= Analyses
K	= Actes de chirurgie et de spécialistes		

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 | - LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES |
| - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL | - L'ORTHOPEDIE |
| - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM | - LA REEDUCATION |
| - SEJOUR EN MAISON DE REPOS | - LES ACCOUCHEMENTS |
| - LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit | - LES CURES THERMALES |
| - d'actes répétés en plusieurs séances ou actes | - LA CIRCONCISION |
| - globaux comportant un ou plusieurs échelonnées | - LE TRANSPORT EN AMBULANCE |
| - dans le temps. | |

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

N° 328164

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : CHEBICHEB LANIA
Matricule : 2706 Fonction : VEUVE Poste :
Adresse : Wissameul NY Driss Rue 1 n° 86
Tél. : 0661633351 Signature Adhérent : h. Amel

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Dr Rahimi Lania
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : 23.08.23
Nature de la maladie : sein
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances :
A CASA le 23.08.23
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION

N° 328164

Matricule N° :
Nom du patient :
Date de dépôt :
Montant engagé
Nombre de pièces jointes :



RELEVÉ 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
	03-08-23	189,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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	
						

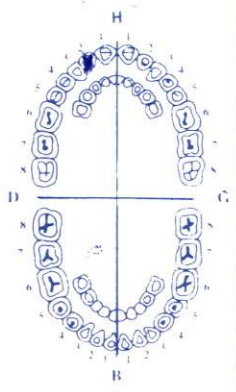
VOLET ADHERENT

* 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
	1 2	TR	D15	<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANT DES SOINS 265,00</p> <p>DEBUT D'EXECUTION 03/08/23</p> <p>FIN D'EXECUTION 23/08/23</p>												
		R*	D3													
	1 2	90	D10													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANT DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca le, 03/08/2023

Patiente: Mme IBRAHIMI LAMIA

1. AMOXIL 1g

1 Comprimé 2 fois par jour pendant 06 jours

2. FLAGYL 500 mg

1 comprimé 3 fois par jour pendant 6 jours.

3. SOLUPRED 20mg

3 comprimés le matin ¼ h avant le petit déjeuner pendant 5 jours.

4. CODOLIPRANE

2 comprimés en cas douleurs, na pas dépasser 6 comprimés par jour.

S.V.
S.V.
S.V.
S.V.
S.V.
PHARMACIE OXYGENE
SQUAD DEMNI TAZI
1 bis, Bd. Panoramique
Rég. Perso 1032
Casablanca - Tél. 022 52 11 74

Dr HATIMY Ahmed-Fauzi
CHIRURGIEN DENTISTE
265, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél: 05 22 98 33 33

34.60
72

49.80

48.70

22.20

189.90

Flagyl 500 mg

Respecter les doses prescrites

احذر الكميات الموصى بها

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

FLAGYL 500 mg
CP PEL B2

P.P.V : 49DH00



1180000260062

LOT : Z2E208

PER : 08/2027



sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1 - Ain Sebaa
20250 Casablanca

Codoliprane®

PARACETAMOL ET CODEINE



16 COMPRIMÉS
SECABLES

b bottu s.a
#2, Allée des Casuarinas - Ain Seïda - Casablanca
S.Bachouch - Pharmacien responsable

PPV 22DH20
PER 06/24
LOT L2000



Amoxil 500mg comprimés dispersibles

amoxicilline

Composition :

Amoxicilline (sous forme de trihydrate) 500mg
Excipient q.s.p. 1 comprimé
Contient de l'aspartame.
Cet étui contient 12 comprimés dosés à 500mg, soit 6g d'amoxicilline.

اموكسيسيلين 500 ملغ. يحتوي هذا الدواء على الأسبرتام

Lire attentivement la notice avant

اقرأ النشرة بانتباه قبل الا
يمكن ان تسبب

القيء والغثاء
من قبل

يحفظ بعيدا عن متناول ومن
هذا الدواء قد يسبب حالات

تستخدم على وصفة طبية

LES DOSES PRESCRITES



AMOXIL 500
12 comprimés dispersibles



PV : 34,60 DH
CT : 650489
ER : 05/24



Solupred 20 mg 20 cp
P.V. : 48,70 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaq Casablanca

Uniquement sur ordonnance - Tablète A (liste I)
يستخدم فقط بموجب وصفة طبية - جدول A (اللائحة I)

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم الكميات الموصوفة

Solupred® 20 mg

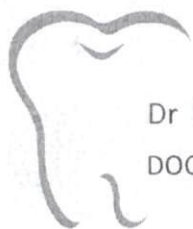
Solupred® 20mg
Prednisolone

Voie orale

20 comprimés effervescents

OPEN





Dr HATIMY AHMED-FAOUZI

DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

N° de l'IF : 40500507

N° de l'ICE : 001776414000024

Note d'honoraire N°: 53-F-2023

Date : 23/08/2023

Mme IBRAHIMI LAMIA

Nom de l'acte	Code	Lettre clé+Coeff	Date	Dent(s)	Montant
OBTURATION 1 CANAL	D704		23/08/2023	12	1 500,00 DHS
TOTAL					1 500,00 DHS

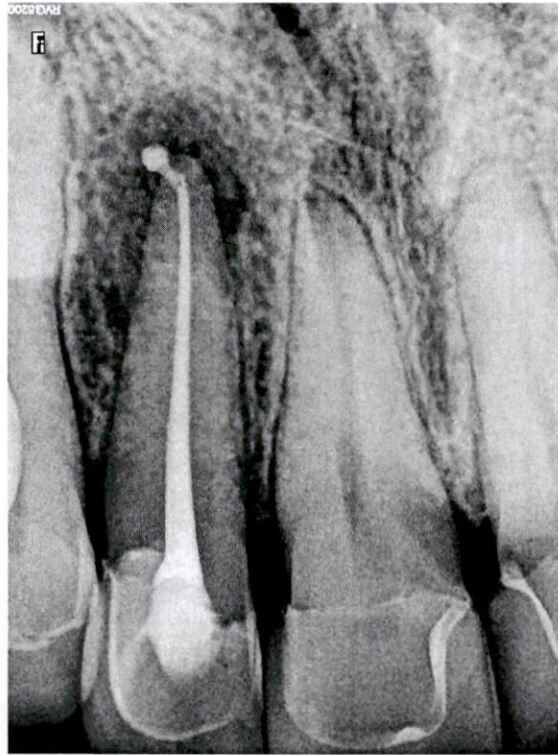
Mode reglement :

Arrêté le montant de la facture à la somme de :

Mille cinq cent MAD

Dr HATIMY Ahmed-Faouzi
CHIRURGE EN DENTISTE
265, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél: 05 22 98 33 33

Signature du praticien



Lin

Dr HATIMY Ahmed-Faouzi
CHIRURGIEN DENTISTE
265, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél: 05 22 98 33 33



Lin

Dr HATIMY Ahmed-Faouzi
CHIRURGIEN DENTISTE
265, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél: 05 22 98 33 33