

## 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.



Déclaration de Maladie  
M23-0017049

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3110 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ZAID LARBI  
Date de naissance :  
Adresse : 175693  
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) :

### 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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 kinésithérapeute
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            | - LA REEDUCATION                  |
| - PREVENTORIUM                                  |                                   |
| - 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 échelons   | - 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° 324777

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : ZAID LARBI  
Matricule : 3110 Fonction : RETRAITE Poste :  
Adresse : 90 MY AL KATDI AL ABOUIT NADOR  
Tél. : 06 61 15 5808 Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : ZAID LARBI Age 01 / 01 / 45  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin :  
Nature de la maladie : HERPES / MIGRAINES  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances  
A SM DIA le 01 / 09 / 23 Signature et cachet du médecin  
Durée d'utilisation 3 mois

Centre d'hémodialyse d'Oujda-Isly  
Dr. HOUARI Mohammed  
Tél 05 36 30 00 Fax 05 36 70 30 04  
INP : 020001167

### VOLET ADHERENT

#### DECLARATION

N° 324777

Matricule N° : 3110  
Nom du patient : ZAID LARBI  
Date de dépôt : 15 09 23  
Montant engagé : 538,60  
Nombre de pièces jointes :



MUPRAS



## 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
19/13				

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Marina صيدلية المينا Dr Mounir Fethi Tel: 05 36 92 00 00	01/09/2023	538,60 DH

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				Coefficient DES TRAVAUX												
<b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			Coefficient DES TRAVAUX												
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>B</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			25533412	H	21433552	00000000		00000000	00000000	D	G	35533411	B	11433553	MONTANT DES SOINS
	25533412	H	21433552													
	00000000		00000000													
	00000000	D	G													
	35533411	B	11433553													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												

# مصحة أمراض الكلى و التصفية الدموية Clinique d'Hémodialyse d'OUJDA-ISLY

Docteur Mohammed HORMI

Néphrologue

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris



الدكتور محمد حرمي

اختصاصي في أمراض الكلى

خريج كلية الطب بباريز

Oujda, le 01 09 2013

2x 259,00 CICEVIRAL 400 mg 25tc

2x 10,30 DH DOLIPRANETONG 25tc

538,60 DH

Pharmacie Marina  
صيدلية مارينا  
Dr Mounir Fethi  
Tél : 05 36 63 33 00

Centre d'Hémodialyse d'Oujda-Isly  
Dr. HORMI Mohammed  
NÉPHROLOGUE  
9, Rue Ibn Khaldoun - Oujda  
Tél : 05 36 70 30 00 Fax : 05 36 70 30 04  
INP 080001167



20 قرصا قابلا للكسر

500 ملغ

Doliprane® 500 mg

Paracétamol

20 Comprimés sécables



من 27 كلغ

الأوجاع و الحمى



6 118000 040347

**COMPOSITION :**

Paracétamol ..... 500 mg

Excipients ..... qsp un comprimé

**INDICATIONS :**

Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses.

**Réservé à l'adulte et à l'enfant à partir de 27 kg (soit environ à partir de 8 ans).**

**التركيبة :**

باراسيتامول ..... 500 ملغ

سواغات كمية كافية لقرص واحد.

**دواعي الاستعمال :**

يتم استخدامه لعلاج الآلام و/أو الحمى على سبيل المثال في حالة الصداع و الأنفلونزا و آلام الأسنان و آلام الجسم و آلام الدورة الشهرية.

هذا التقديم مخصص للبالغين و الأطفال من 27 كلغ (حوالي 8 سنوات).

**Doliprane®**  
Paracétamol  
**500 mg**

20 Comprimés sécables

**DOULEURS & FIEVRE**



Dès 27 kg

PPV:10DH30  
PER:04/26  
LOT:M1366

20 قرصا قابلا للكسر

500 ملغ

Doliprane® 500 mg

Paracétamol

20 Comprimés sécables



من 27 كلغ

الأوجاع و الحمى



6 118000 040347

**COMPOSITION :**

Paracétamol ..... 500 mg

Excipients ..... qsp un comprimé

**INDICATIONS :**

Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses.

Réservé à l'adulte et à l'enfant à partir de 27 kg (soit environ à partir de 8 ans).

**التركيبة :**

باراسيتامول ..... 500 ملغ

سواغات كمية كافية لقرص واحد.

**دواعي الاستعمال :**

يتم استخدامه لعلاج الآلام و/أو الحمى على سبيل المثال في حالة الصداع و الأنفلونزا و آلام الأسنان و آلام الجسم و آلام الدورة الشهرية.

هذا التقديم مخصص للبالغين و الأطفال من 27 كلغ (حوالي 8 سنوات).

**Doliprane®**  
Paracétamol  
**500 mg**

20 Comprimés sécables

**DOULEURS & FIEVRE**



Dès 27 kg

PPV:10DH30  
PER:04/26  
LOT:M1366

## COMPOSITION

Aciclovir (DCI) ..... 400 mg

Excipients : q.s.p. .... 1 comprimé

Excipient à effet notoire : Lactose.

Médicament autorisé n° : 24/14 DMP/21

Respecter les doses prescrites

احترم الجرعات المحددة

Tableau A

A جدول

**INDICATIONS, CONTRE-INDICATIONS, POSOLOGIES ET PRÉCAUTIONS  
D'EMPLOI** : lire la notice avant utilisation.

**TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS**

Conserver à une température inférieure à 25 °C.

**CICLOVIRAL<sup>®</sup>** 400 mg  
Aciclovir

**Voie orale**

**25 comprimés**

2505100

## COMPOSITION

Aciclovir (DCI) ..... 400 mg

Excipients : q.s.p. .... 1 comprimé

Excipient à effet notoire : Lactose.

Médicament autorisé n° : 24/14 DMP/21

Respecter les doses prescrites

احترم الجرعات المحددة

Tableau A

A جدول

**INDICATIONS, CONTRE-INDICATIONS, POSOLOGIES ET PRÉCAUTIONS  
D'EMPLOI :** lire la notice avant utilisation.

**TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS**

Conserver à une température inférieure à 25 °C.

**CICLOVIRAL<sup>®</sup>** 400 mg  
Aciclovir

**Voie orale**

LOT 230158

EXP 01/26

PPV 259DH00

**25 comprimés**



20 قرصا قابلا للكسر

500 ملغ

Doliprane® 500 mg

Paracétamol

20 Comprimés sécables



من 27 كلغ

الأوجاع و الحمى



6 118000 040347

## COMPOSITION :

Paracétamol ..... 500 mg

Excipients ..... qsp un comprimé

## INDICATIONS :

Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses.

Réservé à l'adulte et à l'enfant à partir de 27 kg (soit environ à partir de 8 ans).

## التركيبة :

باراسيتامول ..... 500 ملغ

سوانغات كمية كافية لقرص واحد.

## دواعي الاستعمال :

يتم استخدامه لعلاج الألم و/أو الحمى على سبيل المثال في حالة الصداع و الأنفلونزا و آلام الأسنان و آلام الجسم و آلام الدورة الشهرية.

هذا التقديم مخصص للبالغين و الأطفال من 27 كلغ (حوالي 8 سنوات).

# Doliprane®

Paracétamol

500 mg

20 Comprimés sécables

DOULEURS &amp; FIEVRE



Dès 27 kg

 PPV: 10DH30  
 PER: 04/26  
 LOT: M1366