

## 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.

#### Radio-logie 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.

#### Prothésaire :

- 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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.

AS : 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19-

063896

ND: 34044

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02042 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KHEBBAB

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0626679673 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 :

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 : 21/07/20

Signature de l'adhérent(e) :



# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

SF	=	Actes pratiqués par la sage Femme
SFI	=	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
= 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 couvrant et de petite chirurgie		
= Actes de chirurgie et de spécialistes		

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

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 l'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.  
Le 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 remi sous le confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## EN CAS D'URGENCE

actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit venir 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 : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 26 57 / 28 83  
FAX / 05 22 91 26 52  
TELEX / 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

## FEUILLE DE SOINS MU 006805

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : **KHEBBAB MUSTAPHA**  
Matricule : **02042** Fonction : **RETRAITÉ** Poste : **/**  
Adresse :  
Tél. : **0626679673** Signature Adhérent :

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom : **SAHBI IZZA** Age : **49**  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin : **15/07/2010**  
Nature de la maladie : **Hypertension**  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances :  
Signature et cachet du médecin : **Dr Mustapha OUDRHIRI**  
Durée d'utilisation 3 mois

### VOLET ADHERENT

DECLARATION MU 006805  
Matricule N° : **02042**  
Nom du patient : **SABBI IZZA**  
Date de dépôt :  
Montant engagé : **760,00**  
Nombre de pièces jointes : **10**



## 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
15/07/20	G		300,00	Dr Mustapha OUDRHIRI Spécialiste en Médecine Interne et Diabétologie Diplôme en Diabétologie 49, Bd 2 Mars N° 7 - Casablanca Tél : 0522 26 02 46 / 0522 26 11 04

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE FATEL Lot Haj Fatch Lissafa - Tél: 05.22.83.73.25	16/07/20	460,00 DH ICE: 000482360000030

## 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 canalaires ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANT DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CœFFICIENT MASTICATOIRE		CœFFICIENT DES TRAVAUX															
		<table><tr><td>H</td><td></td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td>B</td><td></td></tr></table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANT DES SOINS	
H																			
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
		DATE DU DEVIS																	
		DATE DE L'EXECUTION																	

**Cationorm®**  
Multi  
Emulsion  
ophtalmique

PPC 148,00 DH

GTIN : 16118001301031  
Lot N° : A A51502  
EXP. : 05/2021  
S N : CD108382074354



PPV: 142DH40

VISA	ATTEST.	ATTESTANT L'E
------	---------	---------------

عيادة الطب الباطني وطب المسنين  
CABINET DE MEDECINE INTERNE ET DE GÉRIATRE

Dr. Mustapha Oudrhiri

Spécialiste en Médecine interne et en Gériatrie  
Diabétologie - Echographie générale  
Ancien médecin des hôpitaux de Paris  
Ancien médecin de l'hôpital militaire  
Mohamed V de Rabat  
Membre de la Société Française  
de Gériatrie et de Gérologie



د. المصطفى ودغيري

أخصائي في الطب الباطني وطب المسنين  
دبلوم جامعي في مرض السكري  
دبلوم جامعي في الفحص بالصدى  
طبيب سابق بمستشفيات باريس  
طبيب سابق بالمستشفى العسكري  
محمد الخامس بالرباط  
عضو بالجمعية الفرنسية لطب المسنين

Casablanca, le : 15/07/2020

MME SABRI IZZA

13.40 x 3 = 40.20

1. Levothyrox 50µg

1 Comprimé le matin, avant les repas, pendant 03 mois

6.80 x 3 = 20.40

2. Levothyrox 25 µg

1 cp/j avant le repas du matin pendant 03 mois

148.00

3. Cationorm emulsion ophtalmique

1 goutte, matin, midi, soir, pendant 03 mois

142.40

4. Lirapyn 25 mg gélules

1 gélule le soir pendant 02 mois

109.00

5. D-stress cp

1 Comprimé matin et soir pendant 01 mois

T = 460,00 DH

Dr Mustapha OUDRHIRI  
Spécialiste en Médecine Interne et en Gériatrie  
Diabète et Diabétologie  
49, Bd 2 Mars N° 7 - Casablanca  
Tél : 0522 26 02 46 / 0522 26 11 04



INPE : 091165615

www.droudhriri.com

E-mail : oudmus@yahoo.fr

49, Bd. 2mars, Imm les Roseaux, 2ème étage, Appt.N°7(à côté du lycée Mohammed V) - Casablanca  
Tél.: 05 22 26 02 46 / 05 22 26 11 04 - Urgences (Whatsapp): 06 41 59 08 48





6 118001 102006  
**Levothyrox® 25 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102013  
**Levothyrox® 50µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102006  
**Levothyrox® 25 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102013  
**Levothyrox® 50µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336

**Lot:**

DS11/19

**DLC:**

11/2022

**P.P.C : 109,00 DH**



6 118001 102006  
**Levothyrox® 25 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102013  
**Levothyrox® 50µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336