

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

Educations :

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

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



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 057653

N° 43735

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0681 Société : EL/EN

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : S B I A A M h a m m e d

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 07 85 96 56 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 14 / 10 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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 couvrant 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 kinsithérapeute
- 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.

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 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
SEJOUR EN MAISON DE REPOS
ES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
actes répétés en plusieurs séances ou actes
obaux comportant un ou plusieurs échelonnées
ans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- 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 se présenter 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 / 28 57 / 28 83
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS

761282

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : SBIAA Mhammed
Matricule : 0481 Fonction : Retraite Poste : EL/EN
Adresse : 4 lotissement Faber Tabriket Sale
Tél. : 0607859654 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Age
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie :
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
A le / /
Durée d'utilisation 3 mois
Dr. KAMMAM Abdelhak
Signature et cachet du médecin
1, Rue Beyrouth 1er Etage Appt 6
Tel: 05 22 91 50 52
Gsm: 06 61 37 09 90

VOLET ADHERENT


DECLARATION 761282
Matricule N° : 0481
Nom du patient : SBIAA Mhammed
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
				Dr. KAMMAL Abdelhak DIABÉTOLOGUE 1, Rue Beyrouth 1er Etage Appr 6 Tél : 01 50 52 60 52 Fax : 01 50 52 60 52

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		1373,10

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	

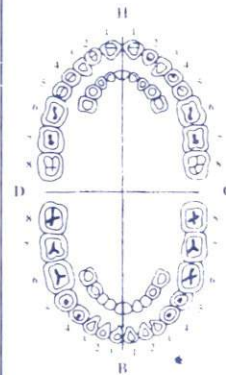
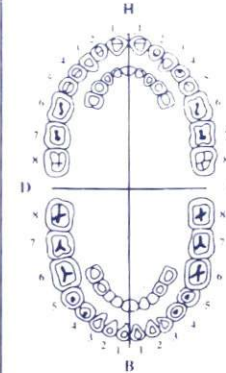
VOLET ADHERENT

* 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

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																
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>															
				MONTANT 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																		
	<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>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>B</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td>G</td> <td></td> </tr> </table>			25533412	H	21433552	00000000		00000000	00000000	D	00000000	35533411	B	11433553		G		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	H	21433552																
	00000000		00000000																
	00000000	D	00000000																
	35533411	B	11433553																
		G																	
				MONTANT DES SOINS <input type="text"/>															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION <input type="text"/>															

Cabinet de diabétologie et des maladies des glandes

عيادة مرض السكري و الغدد

Dr. Abdelhak KAMMAH

Spécialiste Diplômé de l'Association des Médecins

Diabète - Glandes - Endocrinologie

Maladies des glandes et du Système

Intolérance au sucre - Ménopause - Impuissance

Traitements des - Cholestérol

الدكتور عبد الحق الكمّاح

مستشار طبي خريج المستشفيات العسكرية

جراحة - أمراض الغدد - التغذية - أمراض الغدد - السكري

علم الزوجين - القذف - العجز الجنسي - الكوليسترول و التريغليسيريد

مواقيت العمل من الساعة 9h إلى 13h و من 15h30 إلى 19h

المراقبة الموالية مجانية خلال 15 يوما

Rabat, le 19 DEC 2018

Shiaa Ahamed.

Insulin 2 fois / j. 28%.
Diacin 2 fois / j. 28%.

Creton 107 14%.

Cradox 27 24%.

Sophthal 0.1% 36%.

Dr. KAMMAH Abdelhak
DIABETOLOGUE

1. Rue Beyrouth 1er Etage / App. 6

Tel: 05 37 70 50 52

Gsm: 06 61 37 09 90

1375,20

- زيارة الطبيب بالموعد -

إقامة المامونية - مدخل ب 1. زنقة بيروت - الطابق الاول - الشقة رقم 6 - الرباط

l'adresse Mamounia - Porte B1 Rue Beyrouth - App. N°6, 1er étage - Rabat - E-mail : diabetologue@gmail.com

هاتف المكتب : 05 37 70 50 52 / Tél : 05 37 70 87 27 / Fax : 05 37 70 87 27 / Urgence : 06 61 37 09 90 - المستعجلات -

LOT: C02281
EXP: 04 2022

Fucithalmic® 1%



Ne pas avaler - Respecter les doses prescrites

Liste I - Uniquement sur ordonnance

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC

Quartier Arsalane-Rue Amyot Inville
BP 10877 CASABLANCA-MAROC

Fucithalmic® 1% gel ophtalmique

Tube de 3 g

AMM N°184

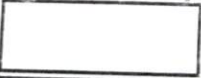
DMP/21/NRQ

PPV: 37 DH 20



118001200818

%1 Fucithalmic® فوسيتالمك 1%



قائمة رقم 1 - بوصف طبية فقط

الممارس المعيشي (بصري)

يجب عدم الإتياع

يجب قراءة النشرة الطبية قبل الإستعمال

يجب تجنب ملامسة العين ومناول أيدي الأطفال

مدة الحفظ بعد الفتح: 15 يوم

EPI titulaire de l'AMM au Maroc:

POLYMEDIC

Rue Amyot d'Inville - Quartier Arsalane

Casablanca - Maroc

Fabricant:

LEO Laboratories Ltd

Cashel Road, Dublin 12, Irlande

Fucithalmic® 1%
Acide fusidique
Gel ophtalmique

%1 Fucithalmic®
حمض فوسيديني
مرهم للعين الأبيض من 3 جرام

Voie ophtalmique (oculaire).
Lire la notice avant utilisation.
Tenir hors de la portée et de la
vue des enfants.
Durée de conservation après
ouverture: 15 jours.

Tube de 3 g

1%

AMDIPHARM

Maphar
Km 10, Route
QI Zenata /
Crestor
P.P.V.



6 118

Maphar
Km 10, Route
QI Zenata /
Crestor
P.P.V.



6 118

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 10mg cp pel b30
P.P.V.: 243,00 DH



6 118001 183111

comprimés

Vo
30

10mg



6 118001 130153

SERVENI MAROC
60 comprimés

intm. ZEVACO, lot FAH 4
Route d'Azamour, 20180 Casablanca
Maroc

04,87

DIAMICRON® 60 mg
Gliclazide
60 Comprimés sécables à Libération Modifiée



احترموا التعليمات المرفقة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

قائمة أ: لا يصر في أي نوع من وصفة طبية
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



Les Laboratoires Servier - France
SERVIER MAROC
Imm. ZEVAO, lot FATH 4
Route d'Azemmour, 20180 Casablanca
Maroc

SERVIER MAROC
DIAMICRON® 60 mg
60 comprimés



04,87

DIAMICRON® 60 mg
Gliclazide
60 Comprimés sécables à Libération Modifiée



احترموا التعليمات المرفقة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

قائمة أ: لا يصر في أي نوع من وصفة طبية
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



Les Laboratoires Servier - France
SERVIER MAROC
Imm. ZEVAO, lot FATH 4
Route d'Azemmour, 20180 Casablanca
Maroc

SERVIER MAROC
DIAMICRON® 60 mg
60 comprimés



04,87

DIAMICRON® 60 mg
Gliclazide
60 Comprimés sécables à Libération Modifiée



احترموا التعليمات المرفقة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

قائمة: لا يصر في أي نوع من وصفة طبية
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



Les Laboratoires Servier - France
SERVIER MAROC
Imm. ZEVAO, lot FATH 4
Route d'Azemmour, 20180 Casablanca
Maroc

SERVIER MAROC
DIAMICRON® 60 mg
60 comprimés



أورادوكس[®] 2^م مغ

دوكسازوسين

URADOX[®] 2mg

60 cps sécables



6 118000 051114

60 قرصا
قابلا للكسر



معهد الصيدلة

LOT: 083

PER: OCT 2021

PPV: 136 DH 70

أورادوكس[®] 2^م مغ

دوكسازوسين

URADOX[®] 2mg

60 cps sécables



6 118000 051114

60 قرصا
قابلا للكسر



معهد الصيدلة

LOT: 083

PER: OCT 2021

PPV: 136 DH 70

أورادوكس[®] 2^م مغ

دوكسازوسين

URADOX[®] 2mg

60 cps sécables



6 118000 051114

60 قرصا
قابلا للكسر



معهد الصيدلة

LOT: 083

PER: OCT 2021

PPV: 136 DH 70



CRESTOR[®]
rosuvastatine

10 mg

**30 comprimés
pelliculés**

Voie orale

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 10mg cp peli b30
P.P.V : 243,00 DH



AstraZeneca 



CRESTOR[®]
rosuvastatine

10 mg

**30 comprimés
pelliculés**

Voie orale

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 10mg cp peli b30
P.P.V : 243,00 DH

6 118001 183111

AstraZeneca



CRESTOR[®]
rosuvastatine

10 mg

**30 comprimés
pelliculés**

Voie orale

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 10mg cp peli b30
P.P.V : 243,00 DH

6 118001 183111

AstraZeneca

☒ valable 3 mois

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

DIABETOLOGUE
1, Rue Beyrouth 1er Etage Appt 6
Tel: 05 37 70 50 52
Gsm: 06 61 37 09 90

Certifie que Mlle, Mme, M:

Sbira Mohamed

Présente

Diabète sucré type 2 et hypertension

Nécessitant un traitement d'une durée de :

A vie

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Dr. KAMMAH Abdelhak
DIABETOLOGUE
1, Rue Beyrouth 1er Etage Appt 6
Tel: 05 37 70 50 52
Gsm: 06 61 37 09 90

Dihman 60 → LA 2 gl.

Unadox 2 → 2 gl.

Arestin 10 → 1 gl.

Fucitab gel 2 ps/l.
1 ps

Dr. KAMMAH Abdelhak
DIABETOLOGUE
1, Rue Beyrouth 1er Etage Appt 6
Tel: 05 37 70 50 52
Gsm: 06 61 37 09 90