

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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.

aladie 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 caractére personnel.

Maladie

Dentaire

N° P19- 057653
ND: 43733

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0481

Société : EL/EN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : S.B.IAA Mhamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0607859656 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) :



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 relèvent 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

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 enveloppe confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PRÉALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU

REVENTORIUM

SEJOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUÉS EN SÉRIE, il s'agit

des actes répétés en plusieurs séances ou actes
sobaux comportant un ou plusieurs échelons
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 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 DÉPÔT

AÉROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS

761282

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT

Nom & Prénom : SBIAA Mohammed
Matricule : 0481 Fonction : Retraite Poste : EL/EN
Adresse : 410 Fisslement Faber Tabriket Sale
Tél. : 06 07 85 96 54 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MÉDECIN 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. KAMMAH Abdellah
Signature et cachet du médecin
DIABETOLOGUE
1, Rue Beyrouth 1er étage Appt 6
Tel: 05 22 91 26 52
Gsm: 05 61 37 09 90

VOLET ADHÉRENT

DECLARATION

761282

Matricule N° : 0481
Nom du patient : SBIAA Mohammed
Date de dépôt :
Montant engagé
Nombre de pièces jointes :



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
	<i>co 10/10</i>		<i>5</i>	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		1323,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement car ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
	25533412	21433552	
D	00000000	00000000	C
	00000000	00000000	
	35533411	11433553	B

(Création, remont, adjonction)

The diagram illustrates a dental arch with numbered teeth (1 through 8) and a cross-section of the mandible. The teeth are arranged in a symmetrical pattern, with numbers 1 through 8 on the upper arch and 1 through 8 on the lower arch. The cross-section of the mandible is shown at the bottom, with the numbers 1 through 8 corresponding to the teeth above them. The letter 'H' is at the top center, and the letter 'D' is on the left side.

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXERCICE

Cabinet de diabétologie et des maladies des glandes
عيادة متخصص في مرض السكري و الغدد

Dr. Abdelhak KAMMAH

Spécialiste Diplômé des maladies des glandes
Diplômé en Diabète et Médecine de la Nutrition
Médecin des glandes et du Sein
Endocrinologue - Méningo-Endocrinologue - Impulsivologue
Endocrinologue - Chirurgien Endocrinologue

الدكتور عبد الحق القساح

متخصص في خريج المستشفيات العسكرية

السكري - الغدد والمستنة - التغذية - أمراض الغدد والثدي

علم الزوجين - القوى - العجز الجنسي - الكولسترول والتربيكيريد

مواقيت العمل من الساعة 9h إلى 13h ومن 15h30 إلى 19h
المراقبة المولالية مجانية خلال 15 يوما

Rabat, le : 19 DEC. 2013

Shiaa Nhammed.

Insuline NPH 10ml 28U
Diabetasol 10ml 28U
Oralint 10g 14U
Glucophage 250g 25U
Sophthal 0,1% 365ml

Dr. KAMMAH Abdelhak
DIABETOLOGUE
1.Rue Beyrouth 1er Etage App: 8
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

ésideence Mamounia - Porte B1 Rue Beyrouth - Appt. N°6, 1er étage - Rabat - E-mail : diabetologue@gmail.com

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

057762

23 x 22 x 91
GE042A-03

Fucithalmic® 1%

1000

Liste I - Uniquement sur ordonnance
 ٤١ Fucithalmic® ٤١ فوسيفالميك

Fucithalmic® 1%

حمض فوسيدى Fucithalmic® 3 جرام مرمم للعين انبوبية

AMDIOPHARM

comprimés

6 Maphar
Km 10, R
Q1 Zenata
Crestor
P.P.V

Map
Km 10

Cres
P.P.

Maphar
 Km 10, Route Côtier 111.
 Q/Zenata Ain sebaa Casabia
 Crestor 10mg cp pell b30
 P.P.V: 243,00 DH

243,00 DH
6 118001 183111

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC
 Quartier Arsalane-Rue Amyot Invile
 BP 10877 CASABLANCA-MAROC
Fucithalmic® 1% gel ophtalmique
 Tube de 3 g
 AMM N°184
 DMP/21/QR
PPV : 37 DH 20 6 118001 200818

EPI titulaire de l'AMM au Maroc :
POLYMEDIC
Rue Amyot d'Inville - Quartier Arsalane
Casablanca - Maroc
Fabricant :
LEO Laboratories Ltd.
Castel Road, Dublin 12, Ireland

Voie ophthalmique (oculaire).
Lire la notice avant utilisation.
Tenir hors de la portée et de la
vue des enfants.
Durée de conservation après

1%

Imm. ZEVACO, lot FATH 4
Zone d'Azemmour, 201180 Casablanca

6 118001 130153



60 comprimés

DAMICRON® 60 mg

SERVIER MAROC

MAROC

Route d'Azemmour, 20180 Casablanca

Imm. ZEVACO, lot FATH 4

SERVIER MAROC

Les Laboratoires Servier - France



Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

سترة آمنة، ملائمة للجهاز التنفساني

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

سترة آمنة، ملائمة للجهاز التنفساني

60 comprimés sécables à libération modifiée

Gliclazide

DAMICRON® 60 mg

78,7

242600060-02

6 118001 130153



60 comprimés

DAMICRON® 60 mg

SERVIER MAROC

MAROC

Route d'Azemmour, 20180 Casablanca

Im. ZEVACO, lot FATH 4

SERVIER MAROC

Les Laboratoires Servier - France



liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

سترة آمنة، ملحوظة على جسم المريض

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

سترة آمنة، ملحوظة على جسم المريض

60 comprimés sécables à libération modifiée

Gliclazide

DAMICRON® 60 mg

787

242600060-02

6 118001 130153



60 comprimés

DAMICRON® 60 mg

SERVIER MAROC

MAROC

Route d'Azemmour, 20180 Casablanca

Imm. ZEVACO, lot FATH 4

SERVIER MAROC

Les Laboratoires Servier - France



liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

سترة آمنة، ملائمة للجهاز التنفساني

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

سترة آمنة، ملائمة للجهاز التنفساني

60 comprimés sécables à libération modifiée

Gliclazide

DAMICRON® 60 mg

78,7

242600060-02

أورادوكس® ٢ مغ

دوكسازوسين

URADOX® 2mg

60 cps sécables



6 118000 051114

60 قرصاً
قابل للكسر



معهد الصيدلة

LOT : 083
PER : OCT 2021
PPV : 136 DH 70

أورادوكس® ٢ مغ

دوكسازوسين

URADOX® 2mg

60 cps sécables



6 118000 051114

60 قرصاً
قابل للكسر



معهد الصيدلة

LOT : 083
PER : OCT 2021
PPV : 136 DH 70

أورادوكس® ٢ مغ

دوكسازوسين

URADOX® 2mg

60 cps sécables



6 118000 051114

60 قرصاً
قابل 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 Côtier 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V : 243,00 DH



6 116001 183111

AstraZeneca

AstraZeneca



CRESTOR®
rosuvastatine

10 mg

**30 comprimés
pelliculés**

Voie orale

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



6 116001 183111

AstraZeneca

AstraZeneca



CRESTOR®
rosuvastatine

10 mg

**30 comprimés
pelliculés**

Voie orale

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



6 116001 183111

AstraZeneca

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 Appart 6
Tel: 05 37 70 50 52

Certifie que Mlle, Mme, M. : **Sbitka, Mohamed**

Présente **Diabète à type de l'adulte** et **est hyperlipidémie**

Nécessitant un traitement d'une durée de : **Année**

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 Allai 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 81 37 09 90

Dineman 60 - 7 LA 28%

Medox 2 - 7 28%

Auster 10 - 1 10%

Fucitalogel 50 - 7 28%

Dr. KAMMAH Abdelhak
DIABETOLOGUE
1, Rue Beyrouth 1er Etage Appt 6
Tel: 05 37 70 50 52
Gsm: 06 81 37 09 90