

# REMARQUABLES 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.

## Education :

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.

## Prothétique :

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

clamation	: contact@mupras.com
de en charge	: pec@mupras.com
ésion et changement de statut	: adhesion@mupras.com

Il garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

Nº P19- 057651

Optique *GUAN*  Autres

Maladie *0/81*  Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : *S.B.I.A.A M.hamed* Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre : *Retraite*

Nom & Prénom : *SABRA M.hammed*

Date de naissance : *22/08/1944*

Adresse :

Tél. *0607859654* Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : *14/10/2020*

Conditions GénéralesPOUR LE PRATICIEN

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

C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien  
 CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)  
 CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre  
 V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin  
 VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin  
 VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade  
 VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié  
 PC = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie  
 K = 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 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 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  
 EVENTORIUM  
 JOUR EN MAISON DE REPOS  
 ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit  
 des répétés en plusieurs séances ou actes  
 aux comportant un ou plusieurs échelons  
 dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES  
 - L'ORTHOPEDIE  
 - LA REEDUCATION  
 - LES ACCOUCHEMENTS  
 - LES CURES THERMALES  
 - LA CIRCONCISION  
 - LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

En cas 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

AEROPORT 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 889001**

**A REMPLIR PAR L'ADHERENT**

Nom & Prénom : SIBIAA Mhammed  
 Matricule : 0481 Fonction Rehraite' Poste MP. EL/EN  
 Adresse : 4 Lot. Fabe 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 : .....  
 Si l'il s'agit d'un accident : causes et circonstances .....  
 .....  
 .....  
 A ..... , le ..... / ..... / ..... Signature et cachet du médecin  
 Durée d'utilisation 3 mois

**VOLET ADHERENT****DECLARATION**

889001



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

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	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
	10/02/2027	137310



## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

3018

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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

# PHARMACIE ESSOUHOU

Le : .....

Dr. MAARIJ SABAH  
AVENUE MY HAFID N° 127  
SECTEUR 4 KARIA SALE  
SALE

FACTURE N° ..... 620



Qté	Désignation	Prix	Montant
03	Dictionnaire	7000	21000
03	cesto B	24300	72900
03	unadox	13600	40800

**Arrêté la présente facture à la somme :** .....

**TOTAL:**

13731.0

RCN N° 23501337.PATENTE N° 28863163 C/C : BP N° 2121150047990000  
6, BIS, RUE EL JORF, SECTEUR 4, KARIA, SALE

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 Apt 6  
Tel: 05 37 70 50 52

Certifie que Mlle, Mme, Mr: 06 61 37 09 90

Présente **Diabète, hypertension et hyperlipidémie**

Nécessitant un traitement d'une durée de :

**A vie**

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit) .....

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [reclamation@mupras.com](mailto: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 Apt 6  
Tel: 05 37 70 50 52  
Gsm: 06 61 37 09 90

Dineman 60 - LA 28%

Insadox 27 28%

Austin 10 - 11 10%

Fucitalogel 21%  
11.6

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



# Cabinet de diabétologie et des maladies des glandes

## عيادة مرض السكري و الغدد

Dr. Abdelhak KAMMAH

Spécialiste Diplômé des Hôpitaux des Armées

Diabétologie - Obésité - Nutrition -

Maladies des glandes et du Sein

Sérilité du couple - Ménopause - Impuissance

Triglycérides - Cholestérol

الدكتور عبد الحق القمي

لخُصْاصِي خَريجِ المستشفيات العسكرية

أمراض السكري و السمنة - التقدمة - أمراض الغدد والثدي

عقم الزوجين - القعود - العجز الجنسي - الكولسترول - التريلكيليز

مواعيد العمل من الساعة 9h إلى 13h ومن 15h30 إلى 19h

المراقبة المولالية مجانية خلال 15 يوما

Rabat, le : 19. DEC. 2018

Shiaa Nhammed.

Icili à vis/lin. 28/  
Diabeto

Crestor 10 mg 18/

Cyraclor 2 mg 29/

Glyptal 0,1% 36/5/

3X 136 صنف 4080

Dr. KAMMAH Abdelhak  
DIABETOLOGUE

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

Maphar  
Km 10, Route Côtier 111,  
Q1 Zenata Ain seba Casablanca  
Crestor 10mg cp pell b30  
P.P.V: 243,00 DH

6 118001 183111

Maphar  
Km 10, Route Côtier 111,  
Q1 Zenata Ain seba Casablanca  
Crestor 10mg cp pell b30  
P.P.V: 243,00 DH

6 118001 183111

- زيارة الطبيب بالموعد -

Maphar  
Km 10, Route Côtier 111,  
Q1 Zenata Ain seba Casablanca  
Crestor 10mg cp pell b30  
P.P.V: 243,00 DH

6 118001 183111

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

Résidence 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 / Tél : 05 37 70 50 52

Urgence : 06 61 37 09 90 - المستعجلات -

78,70

78,70

78,70

78,70

# أورادوكس® ٢ مغ

دوكسازوسين

URADOX® 2mg

60 cps sécables



6 118000 051114

60 قرصاً  
قابل للكسر



φ<sub>h.i.</sub> محمد الصيدلة

# URADOX® 2mg

Doxazosine

60 Comprimés sécables

LOT : 078

PER : MAR 2021

PPV : 136 DH 70



PHARMACEUTICAL INSTITUTE

# URADOX® 2mg

Doxazosine

60 Comprimés sécables

LOT : 078

PER : MAR 2021

PPV : 136 DH 70



PHARMACEUTICAL INSTITUTE