

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.

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.

Prothèse :

- 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

- Déclaration : contact@mupras.com
- Prendre 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 personnelles.



Déclaration de Maladie

N° P19- 057651

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : SAIAA Mhammed Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : Retraite

Nom & Prénom : SAIAA Mhammed

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 : 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]

POUR 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 couvrant 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 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.

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
 POUR EN MAISON DE REPOS
 ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
 des répétées en plusieurs séances ou actes
 aux comportant un ou plusieurs échelonnées
 le temps.

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

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 / 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 : SBIAA Mhammed
 Matricule : 0481 Fonction Rehrite 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 :
 S'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 :



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		137310

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	

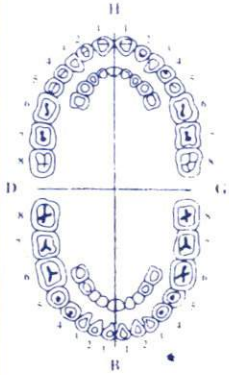
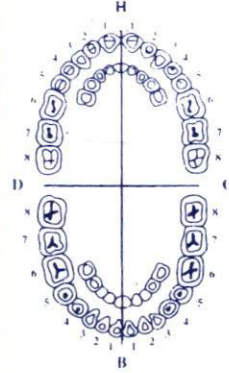
VOLET ADHERENT

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

SOINS 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															
				MONTANT DES SOINS															
				DEBUT D'EXECUTION															
				FIN D'EXECUTION															
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			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></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>			25533412	H	21433552	00000000		00000000	00000000	D	G	35533411		11433553		B		MONTANT DES SOINS
	25533412	H	21433552																
	00000000		00000000																
	00000000	D	G																
	35533411		11433553																
		B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS															
				DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

PHARMACIE ESSOUHOUL

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

Le :

FACTURE N° :620.....



Qté	Désignation	Prix	Montant
03	Diamant	7720	23610
03	vestib	24300	72900
03	unobor	13600	40800

TOTAL:

137812

Arrêté la présente facture à la somme :

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 <input checked="" type="checkbox"/>	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné :	DIABETOLOGUE 1, Rue Bayrouth, 1er Etage Appt 6 Tel: 05 37 70 50 52 Gsm: 06 61 37 09 90
Certifie que Mlle, Mme, M.:	Shire Ahmed
Présente	Diabète, hypertension artérielle 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 // 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 Bayrouth, 1er Etage Appt 6
Tel: 05 37 70 50 52
Gsm: 06 61 37 09 90

Dikman 60 → LA 28/11

Unadox 2 → 28/11

Arestin 10 → 10/11

Fucitab gel 250/11
1/11

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

LOT: C02281
EXP: 04 2022

Fucithalmic® 1%



Ne pas avaler - Respecter les
dosages prescrits

Liste I - Uniquement sur ordonnance

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC

Quartier Ansalane-Rue Amyot d'ville

BP 10677 CASABLANCA-MAROC

Fucithalmic® 1% gel ophtalmique

Tube de 3 g

AMM N°184

DMP/21/ANRQ

PPV: 37 DH 20 6 118001 200818



%1 Fucithalmic® %1 فوسيتالميك



قائمة رقم 1 - بوصف طبية فقط

المسار المعيني (بصري)

يجب عدم الإبلاغ

يجب قراءة النشرة الطبية قبل الإستعمال

يحفظ بعيداً عن رؤية ومتناول أيدي الأطفال

مدة الحفظ بعد الفتح: 15 يوم

EPI titulaire de l'AMM au Maroc:
POLYMEDIC
Rue Amyot d'ville - Quartier Ansalane
Casablanca - Maroc
Fabricant:
LEO Laboratories Ltd.
Cassel Road, Dublin 12, Irlande

Fucithalmic® 1%
Acide fusidique
Gel ophtalmique

%1 Fucithalmic®
حمض فوسيديني
مرهم للعين أبيض 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%

AMDI PHARM

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



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



Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casabla
Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V: 243,00 DH
6 118001 183111

Voie
30

10mg

SEMIA MAROC
Rue de l'Industrie, 20180 Casablanca
Maroc



SEMIA MAROC
Rue de l'Industrie, 20180 Casablanca
Maroc

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 الكم

إختصاصي خريج المستشفيات العسكرية

أمراض السكري و السمّة - التغذية - أمراض الغدد و الثدي

عقم الزوجين - القعود - العجز الجنسي - الكهولة - التريكلينس

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

المراقبة الموالية مجانية خلال 15 يوما

Rabat, le : 19 DEC 2018

Shiaa Ahammed

Insulin 2 fois / j. 28%
Diamox 207

Crestor 107 18%

Lyradox 207 29%

phthal 0.1% 36%

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 Côtière 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V : 243,00 DH

6 118001 183111

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

6 118001 183111

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

6 118001 183111

- زيارة الطبيب بالموعد -

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

78,70

78,70

78,70

78,70

أورادوكس[®] 2مغ

دوكسازوسين

URADOX[®] 2mg

60 cps sécables



6 118000 051114

60 قرصا
قابلا للكسر



معهد 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