

# 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.

## 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.

## 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.

## Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0006454

57113

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12328 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : RIOU J. J. J.  
Date de naissance :  
Adresse : 28 bis HADRIA AIN DIAB CASA  
Tél. : 06 59 78 5998 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : MGARI Nouma 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 :  
Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-06454

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

MUPRAS  
Matricule : 12328  
Nom de l'adhérent(e) : RIOU J. J. J.  
Total des frais engagés :  
Date de dépôt :



# 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.

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  
actes répétés en plusieurs séances ou actes  
boux comportant un ou plusieurs échelonnées  
ns 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 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 / 28 57 / 28 83  
FAX : 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

**FEUILLE DE SOINS 1595460**

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : RIKI JAOUAD  
Matricule : 12328 Fonction : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_  
Adresse : 28 LOT HAMRIA 2 AEN DIAB CASABLANCA  
Tél. : 0659785998 Signature Adhérent : \_\_\_\_\_

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : MGHARI MOUNIA 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 En de jour  
A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

Professeur Fawzi MROU  
Généraliste Oul-Hadjen  
187, Bd. Abdou Moumen - Casablanca  
Tél : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83  
ICE : 00220009 000026



# 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
30/12/2020 12 JAN. 2021			5 810 500,10	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	30.12.21	B 250 + P 1,34	250 DH
	02.01.21	B 250 + P 1,34	250 DH

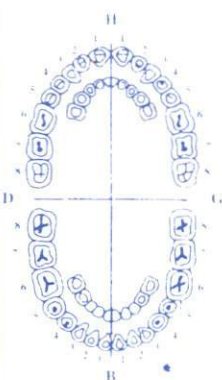
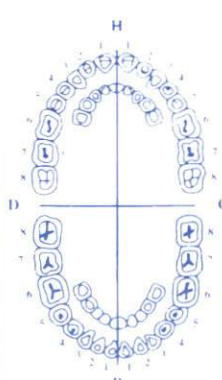
# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# SOINS ET PROTHÈSES 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 canala 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><tr><td></td><td>H</td><td></td></tr><tr><td>25533412</td><td> </td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td> </td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td></td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td> </td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td> </td><td>11433553</td></tr><tr><td></td><td>B</td><td></td></tr></table>					H		25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
		H																									
	25533412		21433552																								
	00000000		00000000																								
	D		G																								
	00000000		00000000																								
	35533411		11433553																								
		B																									
	(Création, remont, adjonction)				MONTANT DES SOINS	<input type="text"/>																					
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS	<input type="text"/>																					
				DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Professeur Fawzi MIKOU

Gynécologue - Obstétricien

Ex. Enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca  
Diplômé de Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris

ACCOUCHEMENT - CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE

ET CANCÉROLOGIQUE - MALADIES DU SEIN

ENDOSCOPIE - STÉRILITÉ - MÉDECINE FOETALE

# الدكتور فوزي ميكو

أستاذ بكلية الطب بالدار البيضاء سابقا

طبيب ملحق سابق بمستشفيات باريس

إختصاصي في التوليد، جراحة أمراض النساء

و أمراض السرطان - أمراض الثدي و الرحم - العقم

الجراحة بالمنظار الداخلي

Casablanca Le: \_\_\_\_\_

30 Dec 2020

Dr Fawzi Mikou

Pr C. Fawzi Mikou

Professeur Fawzi MIKOU  
Gynécologue - Obstétricien  
187, Bd. Abdelmoumen, en face station tramway - Casablanca  
Tél : 0522 48 48 05 - Fax : 0522 90 09 67  
ICE : 0022098100024



187, شارع عبد المومن - أمام محطة ترامواي (كلية الطب) - الطابق الثالث - الدا البيضاء

الهاتف/الفاكس: 0522 48 48 05 - الهاتف المحمول: 0664 44 52 44

187, Bd Abdelmoumen, en face station tramway (Faculté de Médecine) 3<sup>ème</sup> étage - Casablanca

Tél/Fax: 0522 48 48 05 - GSM: 0664 44 52 44 - E-mail: pr.fawzimikou@gmail.com





# مختبر التحليلات الطبية الرغراغي

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES REGRAGUI

S. MESTASSI

Biologiste Diplômé de la faculté  
De Médecine et de Pharmacie  
de Clermont Ferrand

**FACTURE N° : 2101022007**

Casablanca le 02-01-2021

**Mme Mounia MGHARI**

Date de l'examen : 02-01-2021

Caisse : **MUPRAS**

INPE :



Analyses :

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E11.5	E
0150	BHCG quantitatif	B250	B

TOTAL DOSSIER : 250 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cent cinquante dirhams





# مختبر التحاليل الطبية الرغراغي

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES REGRAGUI

**S. MESTASSI**  
Biologiste Diplômé de la faculté  
De Médecine et de Pharmacie  
de Clermont Ferrand



Né (e) le: 05-11-1983, âgé (e) de : 37 ans  
Enregistré le: 02-01-2021 à 09:12  
Edité le: 02-01-2021 à 11:21  
Prélèvement : au labo  
Le : 02-01-2021 à 09:22

**Mme Mounia MGHARI**

Référence : **2101022007**

Prescrit par : **Pr MIKOU Fawzi**

### HORMONOLOGIE

Date des dernières règles: Le 21/11/2020

30-12-2020

**Béta-HCG plasmatique**  
(ECLIA / Roche)

**3 286.0 UI/l**

1 288.0

Valeurs de référence:

< 5 UI/L: Négatif

5- 25 UI/L: Résultat douteux

> 25 UI/L: Positif

En cas de résultat douteux, renouveler le dosage dans 48 heures.

Evolution durant la grossesse (UI/l)							
1 <sup>ère</sup> semaine	2 <sup>ème</sup> semaine	3 <sup>ème</sup> semaine	4 <sup>ème</sup> semaine	2 <sup>ème</sup> mois	3 <sup>ème</sup> mois	2 <sup>ème</sup> trimestre	3 <sup>ème</sup> trimestre
25-30	29-500	500-6000	3 000-19000	14000-169000	16000-160000	2500-82000	2400-50000





# مختبر التحليلات الطبية الرغراغي

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES REGRAGUI

S. MESTASSI

Biologiste Diplômé de la faculté  
De Médecine et de Pharmacie  
de Clermont Ferrand

**FACTURE N° : 2012302040**

Casablanca le 30-12-2020

**Mme Mounia MGHARI**

Date de l'examen : 30-12-2020

Caisse : **MUPRAS**

INPE :



Analyses :

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E11.5	E
0150	BHCG quantitatif	B250	B

TOTAL DOSSIER : 250 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cent cinquante dirhams



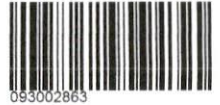


# مختبر التحاليل الطبية الزغراغي

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES REGRAGUI

S. MESTASSI

Bioflogiste Diplômé de la faculté  
De Médecine et de Pharmacie  
de Clermont Ferrand



Né (e) le: 05-11-1983, âgé (e) de : 37 ans  
Enregistré le: 30-12-2020 à 14:31  
Edité le: 30-12-2020 à 15:53  
Prélèvement : au labo  
Le : 30-12-2020 à 14:41

**Mme Mounia MGHARI**

Référence : **2012302040**

Prescrit par : **Pr MIKOU Fawzi**

### HORMONOLOGIE

Date des dernières règles: Le 21/11/2020

04-08-2020

**Béta-HCG plasmatique**

**1 288.0 UI/L**

<2.0

(ECLIA / Roche)

Valeurs de référence:

< 5 UI/L: Négatif

5- 25 UI/L: Résultat douteux

> 25 UI/L: Positif

En cas de résultat douteux, renouveler le dosage dans 48 heures.

Evolution durant la grossesse (UI/L)							
1 <sup>ère</sup> semaine	2 <sup>ème</sup> semaine	3 <sup>ème</sup> semaine	4 <sup>ème</sup> semaine	2 <sup>ème</sup> mois	3 <sup>ème</sup> mois	2 <sup>ème</sup> trimestre	3 <sup>ème</sup> trimestre
25-30	29-500	500-6000	3 000-19000	14000-169000	16000-160000	2500-82000	2400-50000

