

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.

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 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 ALQ :

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° M21- 0018980

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 209 Société : 57981

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SAADIA BOU ROZA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.72.17.09.55 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 : 02/02/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 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
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 évenir 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 793878

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : SAADIA BOU BOUZA
Matricule : Fonction : Poste :
Adresse :
Tél : 06.72.17.09.55 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : SAADIA BOU BOUZA Age [] [] [] [] []
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie : HTA + M2 + diabète
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
A Casa le 28 / 01 / 2021 Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois

Dr. HOUARI CHAYMA
CAPITOLOGUE
L'UNION DES MEDICINS
CAPITOLOGUE
CAP N° 97 14 447
Tél : 05 22 91 26 41 - 05 22 91 26 52

VOLET ADHERENT

DECLARATION 793878
Matricule N° : 299
Nom du patient : SAADIA BOU BOUZA
Date de dépôt : 02/02/2021
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
28/01/2021	CS + ECG		250,00	Dr. HOUARI Chayma CARDIOLOGUE Louissalou El Oulfa, Bd Oued Oum Rebou G.P. N° 37 - 1 ^{er} étage - Casablanca Tél: 05 22 50 04 47 - Fax: 05 22 50 05 78

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE WILAYA MOULOUYA ZEKRI Abdelati Docteur en Pharmacie 220-222-224 Bd Oued Moulouya El Oulfa Casablanca - Tél: 05 22 90 51 13 ICE: 00229122000007	28/01/2021	2 209,12

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 soins.

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires 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 <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
25533412	21433552											
00000000	00000000											
00000000	00000000											
35533411	11433553											
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT DES SOINS								
				DATE DU DEVIS								
				DATE DE L'EXECUTION								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES : ECG, HOLTERS : TENSIONNEL ET RYTHMIQUE, ECHO-DOPPLER CARDIAQUE ET VASCULAIRE, ADULTES ET ENFANTS

نخطيط القلب - فحص بالصدى للقلب و تشخيص الأوعية بالدوبلير - تسجيل الضغط الدموي و القلب 24 ساعة - اختبار الجهد

الدكتورة شيما هواري

Dr Chaymaa HOUARI

اختصاصية في أمراض القلب لدى الكبار و الصغار

Médecin Spécialiste en Maladies Cardiovasculaires

Lauréate de la faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca

Diplômée en Echodoppler Cardiaque de l'Université Bordeaux - Segalen

Diplômée en Cardiologie Pédiatrique de l'Université Paris Descartes

Diplômée en Exploration Vasculaire non Invasive de l'Université Paris Sud

Ancien Médecin des Hôpitaux de Paris - France



PHARMACIE WILLIAM MONTAUDO
Droguerie ZEKRI Abdelati
229, 24, Bd Oued Oum Rabi
Casablanca - Tel: 0522 90 51 13
ICE: 0522 90 51 13

Mme SAADIA BOUROUZA

1) ASPEGIC 100 MG, Comprimé : 0 - 1 - 0 x 3mois

2) COVERAM 10 MG / 10 MG, Comprimé : 1 - 0 - 0 x 3mois

3) NOLIP 10 MG, Comprimé pelliculé : 0 - 0 - 1 x 3mois

4) AGLIM 2 mg, Comprimé : 0 - 0 - 1 x 3mois

5) LEVOTHYROX 50µg, Comprimé sécable : 1+1/2 - 0 - 0 x 3mois

6) ADO 1000 MG, Comprimé pelliculé : 1 - 1 - 0 x 3mois

7) CARDENSIEL 5 MG, Comprimé pelliculés sécables : 1 - 0 - 0 x 3mois

8) 3DVIT GOUTTES: 5 - 0 - 0 x 3mois

Dr HOUARI Chaymaa
CARDIOLOGUE

Lotissement EL Oulfa, Bd Oued Oum Rabi

G/P N° 37, 1^{er} étage Casablanca

Tél : 05 22 90 64 47 - Fax : 05 22 90 64 47

05 22 90 64 47

05 22 90 64 47

05 22 90 64 47

05 22 90 64 47

05 22 90 64 47

05 22 90 64 47

05 22 90 64 47

05 22 90 64 47

05 22 90 64 47

05 22 90 64 47

05 22 90 64 47

05 22 90 64 47

05 22 90 64 47

05 22 90 64 47

05 22 90 64 47

05 22 90 64 47

05 22 90 64 47

05 22 90 64 47

05 22 90 64 47

05 22 90 64 47

INP : 091204834

حي الولفة - شارع أم الربيع - قرب "مختبر كريم لاب" رقم 27 الطابق الأول الدار البيضاء

Lot. EL Oulfa, Bd Oued Oum Rabi en face du Laboratoire " KARIMLAB " G/P N° 37, 1^{er} étage Casablanca

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80
LOT : 20E010
PER : 11 2021
6 118000 061113

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80
LOT : 20E010
PER : 11 2021
6 118000 061113

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80
LOT : 20E010
PER : 11 2021
6 118000 061113

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80
LOT : 20E009
PER : 05 2022
6 118000 061113

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80
LOT : 20E009
PER : 05 2022
6 118000 061113

294,00 294,00 294,00

Lot n° : 157,10
EXP :
PPV :

Lot n° :
EXP :
PPV : 157,10

Lot n° : 157,10
EXP :
PPV :

LOT : 9338
UT. AV : 04-22
P.P.V : 36 DH 00

LOT : 5641
UT. AV : 12-22
P.P.V : 36 DH 00

LOT : 5641
UT. AV : 12-22
P.P.V : 36 DH 00

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH
7862160336

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH
7862160336

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH
7862160336

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH
7862160336

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH
7862160336

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH
7862160239

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH
7862160239

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH
7862160239

22 rue escheir bnou el aouam roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg
Boite 14
640150MP/21NRQ P.P.V : 82,10 DH
020591

260
BIOFAR DIGESTION bio 8
PPC : 69.00 DH
Ut Av : Lot :
09/2022 020605
IPHADERM

Lot : 079662
Duo : 01/2022
PPC: 79.90 Dh

Lot : 079662
Duo : 01/2022
PPC: 79.90 Dh