

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.

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.

aire :

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.

die 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

éclamation : contact@mupras.com

rise 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.

AS : 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
Nº M21- 0015544

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 199 Société : 61314

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL ALLALI FATIMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 61 53 98 18

Total des frais engagés :

Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº M21-015544

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).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

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 courant 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.

Le 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 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 ENTOURIUM

UR EN MAISON DE REPOS

ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit

de répétés en plusieurs séances ou actes
qui comportent un ou plusieurs échelonnements
de temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

- L'ORTHOPÉDIE

- 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



DAI LOMIN

DATE DE DEPOT

MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 632694

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : EL ALAOUI fathia et unasssi I.P.R.

Matricule : 199 Fonction : Poste :

Adresse : Rue Hassan I Résidence du 1er au 1er étage

Tél. : 0661532818 Signature Adhérent : /

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : EL ALAOUI fathia Age 01 01 1971

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent

Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : HTA + Rach + gll. + arth.

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A , le / /

Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin

Dr. BAISSISSA, Médecin traitant

VOLET ADHERENT

DECLARATION

632694

Matricule N° :

patient :

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
16 FEV 2021		C 150		BAHSSINE Med Médecin traitant les Tribunaux Dr. Dr. Abdellah

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NAHIA Dr. BOUGNACH OMAR 69 Bis Bd. Yacoub El Manzour AYENNE - TÉL. 05 35 40 22 22 132044552	612/2/21	689,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
DOCTEUR CHIBCHEB DIALYSES MEDICALES Tunisie - 17, Avenue de l'Industrie BP 7555 - 1007 Tunis - Tunisie Tél. 71 35 55 00 75 29 40 52 22 22 132044552	10.02.21	B 150	150,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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 canalair ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
H	25533412	21433552	Coefficient des travaux
D	00000000	00000000	MONTANT DES SOINS
D	00000000	00000000	DATE DU DEVIS
G	35533411	11433553	DATE DE L'EXECUTION
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L

Docteur BAHSSINE Mohamed

Diplôme de la Faculté de Médecine de Rabat

MEDECINE GENERAL

EX. Médecin Chef du Service des Urgences
et de Médecin (B) de l'Hôpital Mohamed V
Médecin Expert Assermenté Prés les Tribunaux



الدكتور باحسين محمد

خريج كلية الطب بالرباط

الطب العام

طبيب رئيسي سابقًا لقسم المستعجلات

وقسم الطب (B) بمستشفى محمد الخامس

طبيب خبير محلل لدى المحاكم

Meknès, le.....

6 FEV 2021

مكناس في

15.80

Algeria 500

44.10

- France 50

97.70

- Algeria 1

139.00

- France 20

188.00

- France 15

205.00

- France 20

689.60

شناختی
PHARMACIE NABALA
Dr. BILOUGNACH CHOUAIB
60 bis, Bd. Yacoub El Moustakbel
Casablanca - Maroc



3, Rue Settat (Angle Av. Allal Ben Abdellah)
(Ville Nouvelle) - Meknès

زنقة سطات زاوية شارع علال بن عبد الله
المدينة الجديدة - مكناس

Tél : 05 35 52 54 65



Fenac® Promopharm

Diclofénac sodique

Voie orale

30 comprimés
gastrorésistants

50 mg

LOT 20025
L PER 07/23
PPV 44DH10

4490



LOT 190540
EXP 03/2022
PPV 97.70DH

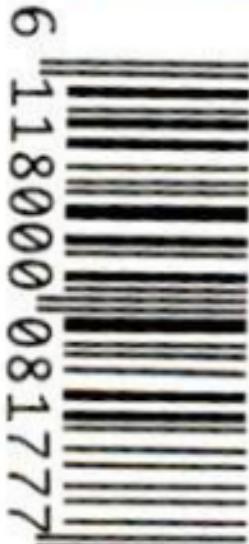
من طرف
5

اميديبين بيسيلات

قرصا
56x

AMEP® 5mg

56 comprimés



6 118000 081777

COOPER
PHARMA



AMEP®

amlodipine besylate

Tablets/Comprimés/ قرصا 56x

5 mg
Oral Hypertension
Once Daily

پاسکلیدین® 300
ملح من الأفوكا و الصويا غير القابلين للتصبین
300 mg D'INSAPONIFIABLES D'AVOCAT ET DE SOJA

PIASCLEDINE® 300

300 mg D'INSAPONIFIABLES D'AVOCAT ET DE SOJA



PIASCLEDINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS



پاسکلیدین® 300

300 ملح من الأفوكا و الصويا غير القابلين للتصبین



1 gélule / jour
1 كبسولة في اليوم

EXPANSCIENCE®
LABORATOIRES

30

گبسولة



lévoftloxacine/levofloxacin

500 mg

Chap G

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1,

Ain sebaï Casablanca

Tavanic 500mg cp pel b7

P.P.V : 205,00 DH



6 118001 080830

Voie orale/Oral use

7 comprimés pelliculés sécables
7 film-coated scored tablets

SANOFI

20

ملغ

إينيزو إزو ميرازول

مثبط مضخة البروتون
يقلص إفراز الحمض على مستوى المعدة



28 كبسولة
صادمة
لعصارة المعدة
عن طريق الفم

LOT : M0374
PER : 06/2022
PPV : 139,00DH

Ineso 20 mg
28 Gélules
va Pharmaceutique



6 118000 410447

صنع من طرف :
مخترات ديفا للصيدلة
ج. وأحدى صيدلي مسؤول

المنطقة الصناعية بيد مليل - الدار البيضاء.

Docteur BAHSSINE Mohamed

Diplôme de la Faculté de Médecine de Rabat

MEDECINE GENERAL

EX. Médecin Chef du Service des Urgences
et de Médecin (B) de l'Hôpital Mohamed V
Médecin Expert Assermenté Près les Tribunaux



الدكتور باحسين محمد

خريج كلية الطب بالرباط

الطب العام

طبيب رئيسي سابقًا لقسم المستعجلات

وقسم الطب (B) بمستشفى محمد الخامس

طبيب خبير محلل لدى المحاكم

09.12.11 مکناس فی

Meknès, le.....

El Allal
Rely

CBU + ATIB

Dr. BAHSSINE Med
Médecin Expert près les Tribunaux
3, Rue Settat Av. Allal Ben Abdellah
(T) 05 35 52 54 65 (V.N) - Meknès

3, Rue Settat (Angle Av. Allal Ben Abdellah)
(Ville Nouvelle) - Meknès

زنقة سطات زاوية شارع علال بن عبد الله
المدينة الجديدة - مکناس

Tél : 05 35 52 54 65

LABORATOIRE CHBICHEB D'ANALYSES MEDICALES

Rue Hocine Ben Ali Résid. Atlas 1er étage Appt 1

(En face de la Gare Amir Abdelkader) MEKNÈS

Tél : 0535.40.45.26/29 Fax : 0535.40.45.27

T.P N° 17109373 IGR N° 23002701 R.C N° 38862 CNSS N° 6111869

ICE N° 000420697000075 INPE 133001883

FACTURE

N° 2102102076

Nom Prénom : Mme FATIMA EL ALLOULI

Demande N° : 2102102076



Date de l'examen : 10-02-2021

Prescripteur :

Organisme :

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
	Examen cytobactério des urines	B150	B

TOTAL B : 150

TOTAL DOSSIER : 150 DH

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

