

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.

Diologie 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.

Educations :

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 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
Mise 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- 0015544

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 199 Société : 61314

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL ALLUL FATIMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 061538818 Total des frais engagés :

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 ADHERENT

Déclaration de maladie N° 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 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 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 réserves.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous couvert 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
CENTRIUM
SEJOUR EN MAISON DE REPOS
ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
des répétées en plusieurs séances ou actes
ou comportant un ou plusieurs échelonnées
de 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 se présenter 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 : 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 El Hachem IPRN
Matricule : 199 Fonction : Poste :
Adresse : Rue Hassan I Résidence du 4^{ème} étage
Tél : 0661532818 Signature Adhérent : *[Signature]*

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : EL ALAOUI El Hachem Age : 01 / 01 / 1972
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie : HTA + BPCO + diabète + arthrose
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances :
A : le : / / Signature et cachet du médecin : *[Signature]*
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION

632694

Matricule N° :
Patient :

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

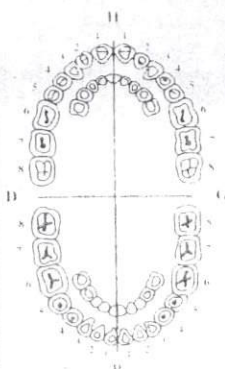
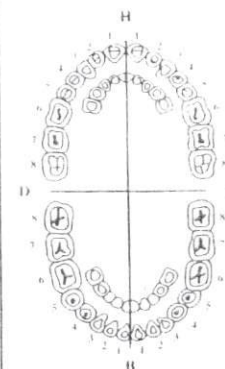
Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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																						
				Coefficient DES TRAVAUX																					
				MONTANT DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT 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
		H																							
	25533412		21433552																						
	00000000		00000000																						
	D		G																						
	00000000		00000000																						
	35533411		11433553																						
		B																							
				MONTANT DES SOINS																					
	(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 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 Près les Tribunaux



الدكتور باحسين محمد

خريج كلية الطب بالرباط

الطب العام

طبيب رئيسي سابقا لقسم المستعجلات
وقسم الطب (ب) بمستشفى محمد الخامس
طبيب خبير محلف لدى المحاكم

مكناس، le 6 FEB 2021

15.80

Depuis

44.10^{2c}

Tenue 80

97.70^{2c}

Aney 1

139.00^{2c}

14.80^{2c}

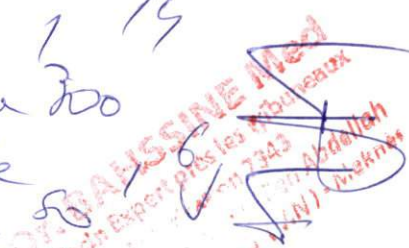
188.00^{2c}

1.14

205.00

Talace 80

689.60



Femac[®] Promopharm

Diclofénac sodique

Voie orale

30 comprimés
gastro-résistants

50 mg

LOT 20025
PER 07 / 23
PPV 44DH 10

HH 170



LOT 190540

EXP 03/2022

PPV 97.70DH

5 ملغ
عن طريق الفم

أملوديبين بيسيلات



56 x 

قرصا

مدة ٤٨ ساعة
٤٨ ساعة
٤٨ ساعة
٤٨ ساعة
٤٨ ساعة
٤٨ ساعة
٤٨ ساعة
٤٨ ساعة
٤٨ ساعة
٤٨ ساعة

AMEP® 5mg



56 comprimés



6 118000 081777



COOPER
PHARMA



AMEP®

amlodipine besylate

Tablets/Comprimés/ قرصا

56 x 

5 mg
Oral
administration
One Dose

PIASCLEDINE® 300

300 mg D'INSAPONIFIABLES D'AVOCAT ET DE SOJA

PIASCLEDINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Soihema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS



بياسكليدين 300

300 ملغ من الأفوكا و الصويا غير القابلتين للتصين



1 gélule / jour

1 كبسولة في اليوم

EXPANSCIENCE®

LABORATOIRES

30

GÉLULES

كبسولة

بياسكليدين 300
300 ملغ من الأفوكا و الصويا غير القابلتين للتصين

 **TAVANIC[®]**

500 mg

lévofloxacin/levofloxacin

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ 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

إيزو

إزوميرازول

مثبط مضخة البروتون
يقلص إفراز الحمض على مستوى المعدة



28 كبسولة

صامدة

لعصارة المعدة

عن طريق الفم

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

Ineso 20 mg

28 Gélules

Deva Pharmaceutique



6 118000 410447

Deva

صنع من طرف :
مختبرات ديفا للصيدلة
ج. واجدي صيدلي مسؤول

146-147 المنطقة الصناعية نبط 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 سابقا لقسم المستعجلات
وقسم الطب (ب) بمستشفى محمد الخامس
طبيب خبير محلف لدى المحاكم

Meknès, le 09.11.11 مكناس في

El Allal
Pelu

CBU + AIB

Dr. BAHSSINE Med
Médecin Expert près les Tribunaux
Autorisation n° 2343
3, Rue Settati Av. Allal Ben Abdellah
Tél : 05 35 52 54 65 (V.N.) - Meknès

LABORATOIRE CHBICHEB D'ANALYSES MEDICALES

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

(En face de la Gare Amir Abdelkader) MEKNES

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 cyto bactériologique des urines	B150	B

TOTAL B : 150

TOTAL DOSSIER : 150 DH

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

