

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 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

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- 0015543

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 199 Société : 61318
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
Nom & Prénom : EL ALLOUFI
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 06 61 53 98 18 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 :
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-015543

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 :

- | | |
|---|---|
| C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien | SF = Actes pratiques par la sage Femme et relevant de sa compétence |
| CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre) | SFI = Soins infirmiers pratiques par la sage femme |
| CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre | AMM = Actes pratiques par le masseur ou le kinsithérapeute |
| V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin | AMI = Actes pratiques par l'infirmier ou l'infirmière |
| VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin | AP = Actes pratiques par un orthophoniste |
| VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade | AMY = Actes pratiques par un aide-orthophoniste |
| VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié | R-Z = Electro - Radiologie |
| PC = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie | B = Analyses |
| K = Actes de chirurgie et de spécialistes | |

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

- | | |
|--|-----------------------------------|
| - L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE | - LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES |
| - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL | - L'ORTHOPEDIE |
| - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU | - LA REEDUCATION |
| - PREVENTORIUM | |
| - SEJOUR EN MAISON DE REPOS | - LES ACCOUCHEMENTS |
| - LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit | - LES CURES THERMALES |
| - d'actes répétés en plusieurs séances ou actes | - LA CIRCONCISION |
| - globaux comportant un ou plusieurs échelonnées | - LE TRANSPORT EN AMBULANCE |
| - dans le temps. | |

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir 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



par courrier
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
FAX : 91.26.53
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

FEUILLE DE SOINS 632694

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom *EL ALLOUFI Jamil*
Matricule : *139* Fonction : Poste :
Adresse *RH Hassan I 1ère section wad meir*
Tél. : *06 61 53 28 18* Signature Adhérent : *[Signature]*

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT


Nom & Prénom du patient : *EL ALLOUFI Jamil* Age *01* | *01* | *10* | *10*
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie : *cystite + Riche*
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

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
19/12		C	150	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 132044553 PHARMACIE NAHLA Dr. BIOUGNACH Omar 60 Bis, Bd. Yacoub El Mansour 05 35 40 23 27	19/11/2021	180.00

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	

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement car 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		
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B	Coefficient DES TRAVAUX
		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'EXECUTION

ADHERENT

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..... 19-1-21 مكناس في.....

El Alloli Fethi

48,50

- *Culipl do*

84,20

2e

- *Kel du*

28,10

2e

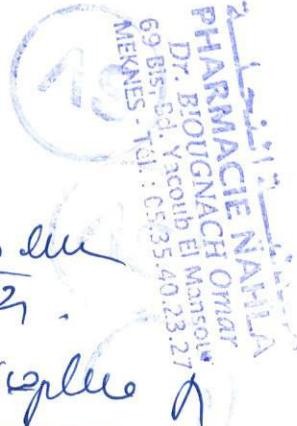
- *Vigle*

2e

19,20

- *E. Col du L. M.*

180,00



Docteur BAHSSINE Mohamed
Médecin Agréé par le Ministère
de la Santé Publique pour Délivrer des
Certificats Médicaux d'Appréciation Physique
et Médicale Imposés par la Loi
n° 52-05 relatif sur le Code de la Route

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

Tél : 05 35 52 54 65

3. زنقة سطات زاوية شارع علال بن عبد الله 52-05
المدينة الجديدة - مكناس



S I R O P

EUCALYPTINE LE BRUN

PER.: 08 2022

LOT : 20E009V

EUCALYPTINE LE BRUN
SIROP FL 125 ML



P.P.V : 19DH20



Fabriqué par **Laboratoire Maphar**

Km 10, route côtière 111

Quartier industriel Zenata

Aïn Sebaâ - Maroc

Rachid LAMRINI, Pharmacien Responsable



Kétoderm® 2% gel en sachet
gel moussant

JAB6J00
02-2019
01-2021

Batch : /Mfg.Date/Exp:

Kétoderm® 2% gel en sachet

Respecter les doses prescrites
Ne pas avaler

Uniquement sur ordonnance - Liste I

posologie : _____ sachet _____ fois par _____

A conserver à une température
ne dépassant pas 25° C

Maphar
Km 10, Route Côtière 111, 
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Ketoderm 2% gel b8 sachet
P.P.V : 84,20 DH

6 118001 181490

Lire la notice avant utilisation

Tenir hors de la vue et de la portée des
enfants.

Kétoderm® 2% gel en sachet
gel moussant

© J-C 2018



COOPER PHARMA



مسحوق	محلول	حب	كبسولة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

محلول للشراب 150 مل

عن طريق الفم
0.1%

ميتوبازين
يوجالين

Lot :
EXP :
PPV :

28, 10



Solution buvable 150 ml

Formule :

Prednisolone 20 mg (sous forme de métsulfobenzoate sodique)

Excipients q.s.p. 1 comprimé effervescent sécable

Ce conditionnement contient au total quatre cents milligrammes de prednisolone (sous forme de métsulfobenzoate sodique)

Posologie, mode d'emploi, indications, contre indications, excipients à effet notoire : voir notice

PPV : 48DH50

PER : 09-23

LOT : J2217

b

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

Cotipred®

prednisolone

(métsulfobenzoate sodique)

20 mg

20 comprimés
effervescent
sécables



20 قرصا فوارا
20 قرصا فوارا

(ميتا سلفوبنيزوات سوديكا)

بريدنيولون

كوتيبريد®