

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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- 0034973

par

com

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1832 Société : RMT

Actif

Pensionné(e)

Autre : Retraite

Nom & Prénom : gal + M. Dure

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.66.65.56.15

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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° M21- 34973

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).



Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
PC = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
k = 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 au 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 PRÉALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L'HOSPITALISATION EN HÔPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUÉS EN SÉRIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globeaux comportant un ou plusieurs échelons dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPÉDIE
- 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 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



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

DATE DE DÉPÔT

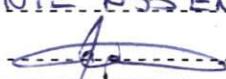
AÉROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2857 / 2883
FAX / 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

courrier

FEUILLE DE SOINS

N° 860849

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT

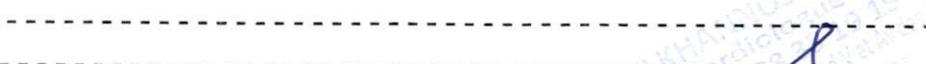
Nom & Prénom : OLHMAADINE NAJIB
 Matricule : 1832 Fonction : RETRAITE Poste : ECCALAGA
 Adresse : ADLT 14 AVNO cite HSSANIE NSS EN ZGANE
 Tél. : 06 64 65 56 15 Signature Adhérent : 

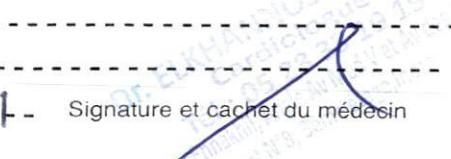
A REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : OLHMAADINE MOHAMED NAJIB Age 
 Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin : 

Nature de la maladie : 

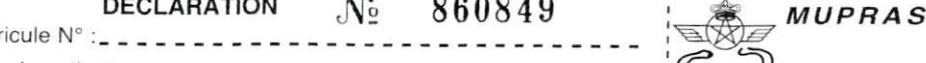
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances : 

A : NEZGANE, le 18 MAR 2021 Signature et cachet du médecin 

Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHÉRENT

DECLARATION N° 860849

Matricule N° : 
 Nom du patient : 
 Date de dépôt : 
 Montant engagé : 
 Nombre de pièces jointes : 



MUPRAS

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et Signature du Medecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 18/03/21 | Consultation | 62 | 120,00 | Dr. ELKHANNASSI KHA Tél: 05 28 33 19 10 Email: Dr.Elkhanassi@yahoo.fr |
| 18/03/21 | ECG | KAG | 100,00 | |
| 05/04/21 | ECG | CE13 | 700,00 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|-----------|-----------------------|
| TERRAB SANAE Pharmacie Al MOGgar 45, Bd Mouloud Soussi WIZGANE Tel: 0528834448 Fax: 052883697 | 18/3/2021 | 940,00 |

ANALYSES – RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

2

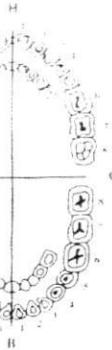
VIOLET ADHERENT

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 | COEFICIENT DES TRAVAUX | MONTANT DES SOINS | DEBUT D'EXECUTION | FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---------------------|-------------|---------------------------|------------------------|----------------------|--------------------|--|---|----------|----------|--|---|----------|----------|--|---|----------|----------|--|---------------------------|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> <td></td> </tr> </table> | | | | H | 25533412 | 21433552 | | D | 00000000 | 00000000 | | G | 00000000 | 00000000 | | B | 35533411 | 11433553 | | COEFICIENT DES TRAVAUX |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| G | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <p>(Création, remont, adjenction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | | 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



Inezgane, le : 18/03/2021 إنزكان في :

M. OULHADINE Mohamed Najir

7200x2

→ Detonel 1mg

NPE: 041191396

96.00

241,16 ml

— x 3mg

→ Naph Preu 300 —

145,16 ml

n°1

76 240.00

TERRAB SNAE
Pharmacie AL MOGCAR
45, Bd. Mokhtar Soussi
INEZGANE
Tél: 0528334848 Fax: 052863597

Dr. ELKHANNOSSI KHALIL
Tél: 05 28 33 19 19
Immeuble Ennakhil, Angle Av. Med. V et Av des FAR
Appart N° 9, 1ere étage, Inezgane

Prochain Rendez - vous, Le : 17/06/2021 الموعد المقبل :

05 28 33 19 19

kelkhannossi@gmail.com

عمراء النخيل، زاوية شارع محمد الخامس وشارع الجيش الملكي، شقة رقم 9 الطابق الأول، إنزكان (قرب منطقة أمن إنزكان)

Immeuble Ennakhil, Angle av. Med. V et Av. des FAR, Appart. N° 9, 1ere étage,

Inezgane (à côté du commissariat principal)

Magnésium, Vitamine B6

Complément alimentaire

Magnéprev® 300

2 tubes de 12 comprimés effervescents chacun

Liste des ingrédients :

Carbonate de magnésium ; Vitamine B6 ; Acidifiant : acide citrique ; Edulcorants : sorbitol, acésulfame de potassium ; Correcteur d'acidité : bicarbonate de sodium ; Arôme naturel de citron ; Anti-agglomérants : polyéthylène glycol, dioxyde de silicium ; Colorant : riboflavine.

;

Précautions :

A CONSERVER HORS DE LA PORTÉE DES JEUNES ENFANTS

24 comprimés effervescents. Poids net : 85,2 g

Magnéprev® 300

favorise :

- le bon fonctionnement de l'ensemble des muscles,
- la réduction de la fatigue ,
- le bon fonctionnement du métabolisme énergétique.

INFORMATIONS NUTRITIONNELLES

| | Par comprimé | % AJR pour 1 comprimé |
|-------------|--------------|-----------------------|
| Magnésium | 300 mg | 80 % |
| Vitamine B6 | 1,4 mg | 100 % |

* AJR : Apports journaliers recommandés

- **Magnéprev®** est un complément alimentaire.
- Il ne remplace pas une alimentation variée et équilibrée.
- Ne pas dépasser la dose journalière recommandée.
- Ne pas utiliser en cas d'hypersensibilité à l'un des composants.

Numéro de lot :

LOT 20.106
04/2020

A consommer de préférence avant fin :

PPC 96,00 DH

Strapharm
Produits Pharmaceutiques

Fabricant : Strapharm
Z.I. Les Landes de Roussais,
85 600 Saint - Hilaire de Loulay - France

À conserver à l'abri de l'humidité
et à moins de 25 °C.

Composition

Composition :
Bisoprolol (DCI) fumarate 10mg
Excipients : quantité suffisante pour un comprimé
pelliculé sécable (en forme de cœur) de 174mg

Colorants : oxyde de fer rouge (E172), oxyde de fer jaune (E172), dioxyde de titane (E171).
Lire attentivement la notice avant utilisation.

EBO 41x2EwOE DT

Détensiel® 10 mg comprimé pelliculé sécable

fumarate de bisoprolol

Voie orale

30 comprimés pelliculés sécables

MERCK

7808352875

Respecter les doses prescrites
يجب الالتزام بالجرعات الموصى بها



Ne pas utiliser chez

- l'adolescente ou la femme en âge de procréer et sans contraception efficace;
- la femme enceinte, sauf en l'absence d'alternative thérapeutique

لا يستعمل في:

المرأة المُنِّقة أو المُنِّقة في سن الإنجاب، ودون وسائل معقّلة للحمل

المرأة الحامل، إلا في حالة عدم وجود بديل علاجي

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharm

Distribué par Cooper Pharm

06/2021
259861
17/2018

EXP:
-ot:
-ab:

Composition

Composition :
Bisoprolol (DCI) fumarate 10mg
Excipients : quantité suffisante pour un comprimé
pelliculé sécable (en forme de cœur) de 174mg

Colorants : oxyde de fer rouge (E172), oxyde de fer jaune (E172), dioxyde de titane (E171).
Lire attentivement la notice avant utilisation.

EBO 41x2EwOE DT

Détensiel® 10 mg comprimé pelliculé sécable

fumarate de bisoprolol

Voie orale

30 comprimés pelliculés sécables

MERCK

7808352875

Respecter les doses prescrites
يجب احترام الجرعات الموصى بها



DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharm

16/2021
259861
17/2018

EXP:
.ot:
-ah:

Dr. ELKHANNOSSI Khalil

CARDIOLOGUE



الدكتور الخنوسسي خليل

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين
وارتفاع الضغط الدموي

05-04-2021

Inezgane, le :

إنزكان في :

INPE: 041191396

Mr. OUHMADINE Mohamed Najib

Facture:

Echo-Cœur Cx13 700, 00

Total: 700, 00 Sept Cent DIRHAMS

Prochain Rendez - vous, Le : الموعد المقبل :

05 28 33 19 19

khalil0101@hotmail.com

عمراء النخيل، زاوية شارع محمد الخامس وشارع الجيش الملكي، شقة رقم، 8 الطابق الثالث، إنزكان (قرب منطقة أمن إنزكان)

Immeuble Ennakhil, Angle av. Med. V et Av. des FAR, Appart. N° 8, 3 éme étage,
Inezgane (à côté du commissariat principal)



18-03-2021

Inezgane, le :

إنزكان في :

INPE: 041191396

Mr. OUHMADINE Mohamed Najib

Facture:

| | | |
|--------------|-----|---------|
| Consultation | C2 | 200,00 |
| ECG | K16 | 100, 00 |

Total : 300,00 Trois Cent DIRHAMS

Prochain Rendez - vous, Le : الموعد المقبل :

05 28 33 19 19

✉ kelkhannossi@gmail.com

عمران النخيل، زاوية شارع محمد الخامس وشارع الجيش الملكي، شقة رقم 9 الطابق الأول ، إنزكان (قرب منطقة أمن إنزكان)

Immeuble Ennakhil, Angle Av. Med. V et Av. des FAR, Appart. N° 9, 1 ere étage,
Inezgane (à côté du commissariat principal)

Dr. ELKHANNOSSI KHALIL
Cardiologue
Tél : 05 28 33 19 19
Im Ennakhil, Angle Av. Med. V et Av. des FAR,
Appart N° 9, 1ere étage, Inezgane