

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

Informations 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 canaux, 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 canaux.

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

La 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



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

Déclaration de Maladie

N° M21- 069516

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1999 Société : 87793

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL ALLOULI Fatima

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : EL ALLOULI Fatima 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° M21-69516

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 :

POUR LE PRATICIEN

C	=	Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
CS	=	Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
CHPSY	=	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 couvrant 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 kinsithérapeute
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

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
 - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
 - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM
 - SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances . ou actes globaux comportant un ou plusieurs échelonnées dans le temps .

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

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



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

**AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA**
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2857 / 2
FAX / 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mu@pras@RoyalAirMaroc.ma

FEUILLE DE SOINS

№ 817091

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : ELA Houti Fatima H. Leannissim
Matricule : 199 Fonction : Poste :
Adresse : résidence salame H 3. V.A. MGR
Tél. : 0661532018 Signature Adhérent : A

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : El Habi Tcher Age 1 9 4 2

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐

Date de la première visite du médecin : _____

Nature de la maladie : - Alex p. l'oeil cécité
- HTA + B Tcher

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

A _____, le _____/_____/_____. Signature et cachet du médecin


Durée d'utilisation 3 mois

Dr. BAHSSINE Med
Médecin Expert près les Tribunaux
Autorisation 7343
Signature et cachet d
3, Rue Sidi Aïch Ben Abdallah
Tél. 05 36 52 91 15 (V.N) Meknes


RELEVÉ 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/09/2021	381,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	21/09/2021	B 450	540,00 DH

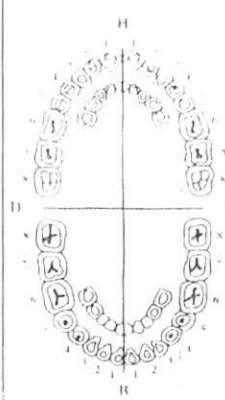
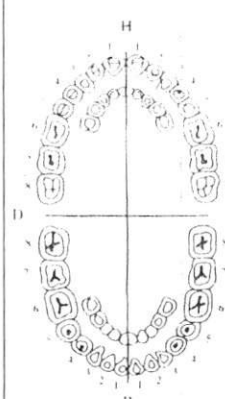
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du Praticien	Date des Soins	Nombre			IV	Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM		

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 canal 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										
				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

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 21.09.2022 مكناس في

LOT : 20E02
PER : 12 2022

ROVAMYCINE 3MUI

CP PEL B16

P.P.V : 123DH90



6 118000 060277

El Aloul
Fahma

123.90
Boagel 3 1

PHARMACIE NAHLA
Dr. BIOUGNACH Omar
69 Bis, Bd. Yacoub El Mansour
MEKNES - Tél. : 05.35.40.23.27

14.50 - Melal 100

97.70 - Anep 5

T > 381.60

Dr. BAHSSINE Med
Médecin Expert près les Tribunaux
Autorisation 7343
3, Rue Settat Av. Allal Ben Abdellah
Tél. 05 35 52 54 65 (V.N) Meknès

Dr. BAHSSINE Med
Médecin Expert près les Tribunaux
Autorisation 7343
3, Rue Settat Av. Allal Ben Abdellah
Tél. 05 35 52 54 65 (V.N) Meknès

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

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

Tél : 05 35 52 54 65

دازين 10.000 وحدة سرايبتاز

42,80

40 قرصا ملبسا
معدى - مقاوم
عن طريق الفم



مختبرات سنتمديك
20 - 22 زنفة زبير بن العوام
الصحور السوداء - الدار البيضاء

DASEN® 10 000 UI 

Serrapeptase

40 Comprimés enrobés gastro-résistants



6 118000 181064

PPV :
EXP :
Lot N° :

1000
ملغ
عن طريق الفم



تحتوى البرتقال

أندول

باراسيتامول
للآلام و الحمى

8x أقراص فوارة



COOPER
PHARMIA



Comprimé effervescent 8x

Lot N° :

A ut. av. :

PPV(DH) :

14,50

COMPOSITION :

Paracétamol (DCI) 1000 mg
Excipients g.s.p. 1 comprimé effervescent
Excipients à effets notoires : Sodium, Aspartam, Sorbitol.
الفرغوية :
باراسيتامول 1000 ملغ
مواد حافظة :
مواد ذات تأثير مطهر : صوديوم، أسبارتام، سورتيتول.

Conserver le tube bien fermé à l'abri de l'humidité et de la chaleur.

يحفظ الأنبوب محكم الغلق بعيداً عن الرطوبة و الحرارة.

NE L'AISSER NI A LA PORTEE, NI A LA VUE DES ENFANTS.
Redoubler le tube immédiatement après usage.

لا يترك في متناول و مرمى الأطفال.

يطلق الأنبوب بعناية و مباشرة بعد كل استعمال.

AMM N° 445 R1/17 DMP/21/NRQ



SURDOSAGE = DANGER
جرعة زائدة = خطر

Dépasser la dose peut détruire le foie
تجاوز الجرعة قد يهلك الكبد

ANDOL 1000 mg ○

8 Comprimés effervescent



6 118000 082484

COOPER
41, rue Mohamed Douri - 20110 Casablanca
Amin DAOUJI : Pharmacien responsable

04,76

5 ملغ
عن طريق الفم

أست
أملورين

56 x قرصا

مدة ١٢ ساعة
صباح ١٢ زوال ١٢ مساء

AMEP® 5mg

56 comprimés



6 118000 081777

COOPER
PHARMA

04,76

5 ملغ
عن طريق الفم

أست
أملورينين

56 x



قرصا

مدة ١٢ ساعة
صباح ١٢ زوال ١٢ مساء

AMEP® 5mg



56 comprimés



6 118000 081777

 COOPER
PHARMA

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 مكناس في

20 SEP 2021

El Allali

Tekir

Nfs. CKV

— TNL-IRL —

— VDAC

— Ser e Doxople

— IIR, 10 ved

Tekir

Dr. BAHSSINE Med
Médecin Expert près les Tribunaux
Autorisation 7343
3, Rue Settat Av. Allal Ben Abdallah
Tél. 05 35 52 54 65 (V.N) Meknès

Dr. Hajjar BIOUGNACH

Pharmacienne Biologiste

Diplômée de la faculté de médecine

et de pharmacie de Rabat

Ancienne interne de CHU Ibn Sina



مختبر بيوجناش للتحاليل الطبية
LABORATOIRE BIOUGNACH
D'ANALYSES MEDICALES

د. هاجر بيوجناش
صيدلانية إحيائية

خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط
داخلية سابقة بمستشفى ابن سينا

FACTURE N° : 210900641

Meknès le 21-09-2021

Mme EL ALLOULI Fatima

Date de l'examen : 21-09-2021

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
0216	Numération formule	B80	B
0283	VDRL qualitatif	B20	B
0370	CRP	B100	B
	Actu-Biolog Diabète gestationnel	0	
	MNI Test (recherche d'Ac hétérophiles)	B150	B
	Sérologie Toxoplasmose IgG	B100	B

Total des B : 450

TOTAL DOSSIER : 540.00DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cinq cent quarante dirham .

**INPE :
133061457**

Laboratoires Biougnaçh
Dr. Hajjar Biougnach
8, Res. El Khawarizmi, Av. Prince Moulay Abdellah
RDC - MEKNES - Tél. : 05.35.52.17.17
Fax : 05.35.51.55.88

8, résidence AL KHAWARIZMI, av Amir Moulay Abdellah V.N 50000 Meknes

Tél : 05 35 52 17 17 - Fax : 05 35 51 55 86 - Mail : biougnaçh.laboratoire@gmail.com

LE: 20724989 - T.P: 17190100 - CNSS: 5301578 - L.C.E: 001917273000007 - Banque BMCE Compte N°: 011480000016210000170036