

# 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.

## 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.

## Maladie chronique :

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



*Volet Adh R3* *Courrier*  
**Déclaration de Maladie**  
N° M21- 0060629

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *10697* Société : *Courrier*  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : *EL MONAR HABI BA*  
Date de naissance : *93581*  
Adresse :  
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : *LILIA BENAISSA* 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° M21-060629

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, 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.

Ce 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

HOSPITALISATION EN CLINIQUE  
HOSPITALISATION EN HOPITAL  
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU  
REVENTORIUM

SEJOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit

actes répétés en plusieurs séances ou actes

travaux comportant un ou plusieurs échelons

dans les temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- 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 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.



copie Résultats

# MUPRAS

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

DATE DE DEPOT

Courrier

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA

TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883

FAX : 05 22 91 26 52

TELEX : 3998 MUT

E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

## FEUILLE DE SOINS 1622919

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : EL GENIAL HASSBA  
Matricule : 10697 Fonction : C/C Poste :  
Adresse :  
Tél. : 0661869512 Signature Adhérent :

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : BEN ARNE L Y A Age 18 | 10 | 2015  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☒  
Date de la première visite du médecin : 09-10-2014  
Nature de la maladie : CEA  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances  
A nt le 09 / 10 / 2014 Signature et cachet du médecin.

Durée d'utilisation 3 mois

Dr. SANHAJI AMRANI Zoubida  
Spécialiste des Maladies  
des Nourrissons et des Enfants  
54, Avenue de la République, 4ème Ety.  
Appel n° 05 37 68 63 47

### VOLET ADHERENT

ATION

1622919



MUPRAS



## 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 Bilan des Actes
29-10-2001	C	1	25000	
26-10-2001	C	1	9	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/10/2001	216,55
	26/11/2001	103,10

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	16-10-21	B. 120	160,00 DH

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## VOLET 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 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															
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>G</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>B</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			25533412	H	21433552	00000000		00000000	00000000	G	00000000	35533411	B	11433553	Coefficient DES TRAVAUX
	25533412	H	21433552													
	00000000		00000000													
	00000000	G	00000000													
	35533411	B	11433553													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



Ben Aïme Lilye

Rabat le 04.10.2011

growth and development  
grec, Lysine, 3 Vitamines & Zinc  
greek, Lysine, 3 Vitamins & Zn

STERIPHARMA  
complément  
alimentaire n'est pas  
médicament  
PPC: 79,50 dh

PI ÉMENT ALIMENTAIRE

84.00

79.50

1) Kalu - 80 g  
de c  
Dr. L. Pharmacie et Rue Te. 1020338390

2) Alvertyl 100 mg  
Affect

53.00

Daktarin®

Maphar  
Ed. Alkima N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Daktarin gel buccal t40g  
P.P.V. : 53,00 DH

6 118001 180745



6 118002 080082

Dispositif médical

Dr. SANHAJI AMRANI Zoubaida  
Spécialiste des Maladies  
des Nourissons et des Enfants  
54, Angle Av. Oqba et Rue Ain Asserdoune, 4ème Et  
App. N°11, Agdal-Rabat-TN : 05 37 68 347



Benaine Lyle

Rabat le 26.10.14

28,10

1) Vogelwe > p  
de ust et riv  
20 - 10 - 10

28,10

71,00

2) refluxant > p et  
sur 3 bis - 10  
après la 1ère, 10/10

Promoplus Pharma

PPC = 75,00 DH

Pharmacie la Résistance  
Dr. BOUBNANE MOSTAPHA  
N° 32, Av. La Résistance  
Rue Londres, Océan - Rabat  
Tél. : 05 37 72 40 55  
102038353

Dr. SANHAJI AMRANI Zoubaida  
Spécialiste des Maladies  
des Nourissons et des Enfants  
54, Angle Av. Oqba et Rue Ain Asserdoune, 11ème ét.  
Agdal N° 11, Agdal-Rabat - Tél : 05 37 68 63 47

103,10



Ben Amre Riye

Rabat le 10/05/2017

Panantologie des  
sels (37)

Dr. Bahia BEN AMAR  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
Av. Hassan II, BORD BOUJOUR  
Tél: 05 37 26 20 40 / 05 37 26 29 28  
ANPES 203303333

Dr. SANHAJI AMRANI ZOUBAIDA  
Spécialiste des Maladies  
des Nourissons et des Enfants  
54, Angle Av. Oqba et Rue Ain Asserdoune, Agdal Rabat  
App. N° 11, Agdal - Rabat - Tél : 05 37 68 83 47



Patente : 26316010

TVA : 524891

CNSS : 6187034

R.C. : 58610

ICE: 001555099000038

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES BEN AMAR

**Docteur Bahaa Ben Amar**

Pharmacien Biologiste Spécialisée en Biologie Médicale  
et en Biologie de la Reproduction

Lauréat de l'Université René Descartes de Paris  
Ancienne interne et attachée des Hôpitaux de Paris

Hématologie - Biochimie - Parasitologie  
Bactériologie - Virologie - Mycologie

Certificat de Biologie de la Reproduction  
D.E.S.S. de Biologie de la Reproduction  
FIV - ICSI

Rabat le 16 octobre 2021

Bébé BENAÏSSA LILYA

FACTURE N°	7649
------------	------

### Analyses :

Parasitologie des selles (KOP 1X) -----	B	40	
Parasitologie des selles (KOP 2X) -----	B	40	
Parasitologie des selles (KOP 3X) -----	B	40	Total : B 120

TOTAL DOSSIER	150,00 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cent Cinquante Dirhams

**Dr. Bahaa BEN AMAR**  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
BEN AMAR  
Av. Hassan II, Rue des Imm. 10 - Rabat  
Tél: 05 37 26 29 26/27 - Fax: 05 37 26 29 28  
INPE: 103001340