

## 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.

### Radiologie 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-676891

ND: 98418

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

6800

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Ben Betta N. Ramez

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 :

sami joneid.

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° W21-676891

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 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

## 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.

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 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

HOSPITALISATION EN CLINIQUE  
HOSPITALISATION EN HOPITAL  
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU  
HOSPITALISATION EN SANATORIUM

JOUR EN MAISON DE REPOS

ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit

actes répétés en plusieurs séances ou actes

soins comportant un ou plusieurs échelons

sur les 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'actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit venir 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 : 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 MU 007289

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : BEN BEDDA MOHAMED  
Matricule : 06850 Fonction : TEAM LEADER Poste : 9200  
Adresse : HABITUELLE  
Tél. : 066811 8451 Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : BEN BEDDA SAMI JOURGIN Age 22 | 10 | 16  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☒  
Date de la première visite du médecin : 09/08/21  
Nature de la maladie : rhinite  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances.....  
A Casa Hassan le 09/10/21 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

**Dr. LAHLOU AHMED**  
**PEDIATRE**  
INP : 91088930  
903, Av 2 Mars Casablanca  
Tél : 05 22 91 26 52

### VOLET ADHERENT

#### DECLARATION MU 007289

Matricule N° : 06850  
Nom du patient : BEN BEDDA SAMI JOURGIN  
Date de dépôt : 09/10/21  
Montant engagé  
Nombre de pièces jointes : .....



## 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
29/08/21	Q	1	250	Dr. LAHLOU ARIANE PEDIATRE INP : 91088930 903, Av. 2 Mars Casablanca Tél : 05 22 52 62 63

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE L'AMASSADEUR 510 AV. LAURENCE BOUCH CASABLANCA TEL : 05 22 21 91 75 TEL : 05 22 13 34 10 00 640	29/08/21	250,00

## 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
		A M	P C	I M	I V	

## 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 canalaires 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>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> <td>B</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	H	D	00000000	00000000	G		00000000	00000000			35533411	11433553		B			B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552	H																					
D	00000000	00000000	G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
B			B																					
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Ahmed LAHLOU

Pédiatre

Ancien Chef de Clinique

du C.H.U de Strasbourg (FRANCE)

Pédiatrie Générale - Réanimation Néonatale

Echographie Pédiatrique



الدكتور أحمد لعلو

إختصاصي في أمراض الأطفال والرضع

طبيب إختصاصي سابقا بالمستشفى الجامعي

استراسبورغ (فرنسا)

الإنعاش - الفحص بالتلفاز

Casablanca, le 09/08/2021 في الدار البيضاء،

BENBEDDA SAMI JONEID

ملقه طبيه فقط  
رام الجرعات الموصوفة

PPV: 38,90 DH  
LOT: 644876  
PER: 02/2023

Importateur Exclusif  
Biocodex Maroc  
www.biocodex.ma  
P.P.C 83 50 DH

سرم الجرعات الموصوفة

PPV: 38,90 DH  
LOT: 644876  
PER: 02/2023

40.00  
14.60  
83.50  
34.40  
38.90 x 2  
250.10  
Biomylase (1 flacon)

1 cac x 2 / jour pendant 5 j

Doliprane 500 (1 boîte)

1 sachet x 4 /j si fièvre

Sterimar Stop Rhume (1 flacon)

2 à 6 x /j

Megasfon 80 (1 boîte)

1 cp x 2 /j à mettre sous la langue , si coliques

Amoxil 500 (2 flacons)

1 cac x 3 /j pendant 7j

PHARMACIE L'AMBASSADEUR SAMI JONEID  
903 AV 2 MARS CASABLANCA  
TEL: 05 22 52 62 63  
ICE: 002173341000650

Dr. LAHLOU AHMED  
PEDIATRE  
INP : 91088930  
903, Av. 2 Mars Casablanca  
Tél: 05 22 52 62 63

903, شارع 2 مارس، الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.52.62.63 / 05.22.52.70.83 - المحمول : 06.61.19.62.60  
903, avenue 2 Mars, 1<sup>er</sup> étage - Casablanca - Tél. : 05.22.52.62.63 / 05.22.52.70.83 - GSM : 06.61.19.62.60

- INP 91088930 -

# BiOMYLASE®

# بيوميلاز®

## 200 U.CEIP/ml

### ALPHA-AMYLASE

#### SIROP

## 200 U.CEIP/ml

### ألفا أميلاز

#### شراب



VOIE ORALE

Flacon de  
125 ml



عن طريق الفم

قارورة  
125 مل

	NOURRISSON ET ENFANT DE 7 À 15 KG	1	CUILLÈRE À CAFÉ (5 ml) 3 FOIS/JOUR
	ENFANT DE PLUS DE 15 KG	2	CUILLÈRES À CAFÉ (10 ml) 3 FOIS/JOUR
	ADULTE	1	CUILLÈRE À SOUPE (15 ml) 3 FOIS/JOUR



الصباح



الزوال



المساء



المدة

BiOMYLASE® 200 U.CEIP/ml  
Sirop 125 ml



6 118000 120742

Fabriqué par POLYMÉDIC

Sous licence des Laboratoires TOP-PHARM - France

Rue Amyot d'Inville Quartier Arsalane Casablanca - Maroc

Dr M. HOUBACHI - Pharmacien Responsable.

POLYMÉDIC

# بيوميلاز®

## 200 U.CEIP/ml

40,00

**Composition :**

Phloroglucinol (sous forme hydrate).....80 mg

Excipients q.s.p.....1 comprimé

Excipients à effet notoire : Lactose, Aspartam




**التركيب :**

فلوروغلوكلسنول (على شكل هيدرات).....80 ملغ

سواغ كمية كافية ل.....قرص واحد

سواغات ذات تأثير معلوم : لاكتوز، أسبارتام

AMM : 158 DMP/21/NNP

1			
Durée	Matin	Midi	Soir

**Laboratoires PHARMA 5**

Zone Industrielle Ouled Saleh - Bouskoura - Maroc

Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable

Megaston® 80mg

Boîte de 20 Comprimés orodispersibles



# Megasfon®

Phloroglucinol

**80 mg**

LOT : 7616

UT. AV : 03-23

P.P.V: 34 DH 40

**20****Comprimés orodispersibles**

Voie orale

**PHARMA 5**

Pôle A & Solidarité

**Demande de Dérogation 2021**

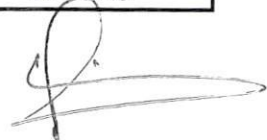
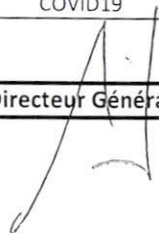
Nom et Prénom	Matricule	Nature Maladie	Statut Adhérent	Frais engagés	Date	Type de Demande
ENBEDDA MOHAMED	6850	COVID19	Retraité	2 356,50	30/12/2021	Demande Dérogation pour 3 Dossiers Hors délai

A.Sociale

Directeur Général

Trésorier

Président



Mohamed BENBEDDA

LE 20 DECEMBRE 2021

MLE 6850

A Monsieur le Président de la MUPRAS.

OBJET : Demande dérogatoire de remboursement.

Monsieur,

Je viens par la présente lettre vous demander de bien vouloir donner votre accord pour le remboursement de mes dossiers de mutuelle déposés hors délai suite à des problèmes de santé.

Je tiens à vous informer que c'était un cas de forces majeurs, dû au fait que tous les membres de la famille étaient positifs au COVID-19 suivi par une série d'analyse et une période de convalescence qui a pris du temps avant rétablissement.

Dans l'attente d'une réponse favorable, veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de mon profond respect.

Mohamed BENBEDDA



général  
19/12/21  
général

de Date 19/12/21