

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 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

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



Déclaration de Maladie

N° W21-676891

ND: 98418

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : *6870*

Matricule : *6870* Société :

Actif Pensionné(e) Autre : *Ben Béda Mohamed*

Nom & Prénom :

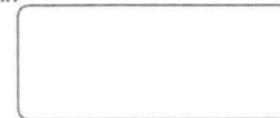
Date de naissance :

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 ADHÉRENT

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 : _____

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 courant 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.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous enveloppe confidentielle au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PRÉALABLE

OSPITALISATION EN CLINIQUE
OSPITALISATION EN HOPITAL
OSPITALISATION EN SANATORIUM OU
EVENTORIUM

JOUR EN MAISON DE REPOS
LES ACTES EFFECTUÉS EN SÉRIE, il s'agit
des actes répétés en plusieurs séances ou actes
qui comportent 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 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 Abdellah M. HAMID

Matricule : 06850 Fonction : TEAM LEADER Poste : R200

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 06 6811 8451 Signature Adhérent : QH

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Ben Abdellah M. HAMID Age : 212116116

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin : 09/08/2007

Nature de la maladie : flu

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

A Ben Abdellah, le 09/08/2007 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

Dr. LAHLOU AHMED

PEDIATRE

INP : 91088930

903, AV 2 Mars Casablanca

Tél : 05 22 62 63

VOLET ADHERENT

DECLARATION MU 007289

Matricule N° : 06850
Nom du patient : Ben Abdellah M. HAMID
Date de dépôt : 500,10 DT
Montant engagé
Nombre de pièces jointes :



RELEVE 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
26/12/2011	C	1	280	Dr. LAHLOU AHMED INP : 91088930 93 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 MARASSANEUR 52 AV. 2 MARS CASABLANCA TEL : 05 22 21 97 75 ICI : 062173341000040	29/12/2011	280,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 canalaire ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
<img alt="Diagram of				

Docteur Ahmed LAHLOU

Pédiatre

Ancien Chef de Clinique

du C.H.U de Strasbourg (FRANCE)

Pédiatrie Générale - Réanimation Néonatale

Echographie Pédiatrique



الدكتور أحمد لحلو

اختصاصي في أمراض الأطفال والرضع

طبيب إختصاصي سابقاً بالمستشفى الجامعي

استراسبورغ (فرنسا)

الإنعاش - الفحص بالتلفاز

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

BENBEDDA SAMI JONEID

ساق طبية فقط
رام الجرارات الموصوفة

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

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

ساق طبية فقط
رام الجرارات الموصوفة

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

CHAMPS DE L'AMBASSADEUR SAMI
SOCIÉTÉ MAROCAINNE CASABLANCA
Tél. : 05 22 77 91 73
ICE : 60213341000610

Dr. LAHLOU AHMED
PEDIATRE
INP : 91088930
903 AV.2 Mars Casablanca
Tél : 05 22 52 67 52

903، شارع 2 مارس، الطريق 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^{er} 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

الفا أميلاز

شراب



VOIE ORALE

Flacon de
125 ml



من طريق الفم

قارورة
مل 125

•	NOURRISSON ET ENFANT DE 7 A 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



BiOMYLASE® 200 U.CEIP/ml
Sirop 125 ml



6 118000 120742

Fabriqué par POLYMÉDIC

Sous licence des Laboratoires TOP-PHARM - France
Rue Arriyot d'invile 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 :

فلوغوگلسينول (على شكل هيدرات).....80 ملخ
فرص واحد
سواع كافية لـ
سواعات 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

Megasfon® 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

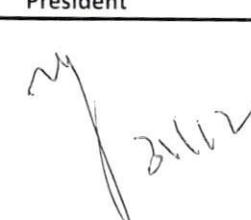


Trésorier



31/12

Président



31/12

Mohamed BENBEDDA
MLE 6850

LE 20 DECEMBRE 2021

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



de Date Date anno 2021