

# 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

- 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



## Déclaration de Maladie

M22- 0016557

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1008 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BACHASS Lahen 120476  
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 : Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
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) :

# 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 couvrant et de petite chirurgie  
K = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence  
SF! = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme  
AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute  
AM! = 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 pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## 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 échelons 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

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 DEPOT

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83  
FAX / 05 22 91 36 52  
TELEX / 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS MU 033437

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : BAGASS Lahcen  
Matricule : 1008 Fonction : Receveur Poste : .....  
Adresse : Etadman Cherm rue 1 km 22 n°1 Doulba 2040 Casa  
Tél. : 06-66-39-66-46 Signature Adhérent : [Signature]

## A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT


Nom & Prénom du patient : BAGASS LAHCEN Age 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin : 13/06/22  
Nature de la maladie : constipation + artériosclérose  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances.....  
A Casablanca, le 13.06.22 Signature et cachet du médecin  
Durée d'utilisation 3 mois

## VOLET ADHERENT


DECLARATION MU 0033437  
Matricule N° : 1008  
Nom du patient : BAGASS Lahcen  
Date de dépôt : 24.06.2022  
Montant engagé : 462,30 DHS  
Nombre de pièces jointes : 3 pièces + ordonnance



## 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                     |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 13/06/12        | C                 | C1                    | 150,30                          |  |
| 13/06/12        | C                 | C1                    | 6                               |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 13/06/12 | 153,00                |
|  | 13/06/12 | 159,30                |

## 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 |                                 |
|                                  |                 |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                 |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                 |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                 |        |     |     |     |                                 |

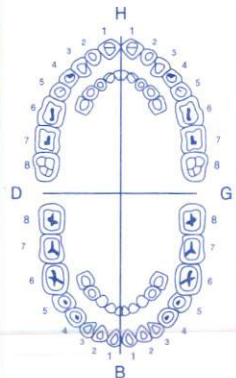
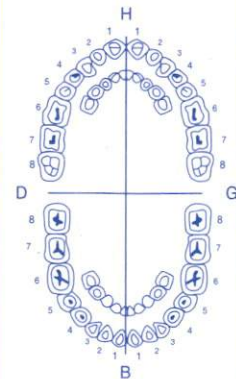
## VOLET ADHERENT

\* 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient                              |  |   |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |  |   |  |  |
|--|--|------------------|--|--|---|--|----------|--|----------|----------|--|----------|---|--|---|----------|--|----------|----------|--|----------|--|---|--|--|
|   |  |                  |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |   |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |  |   |  |  |
|  |  |                  |  | MONTANT DES SOINS <input type="text"/>       |   |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |  |   |  |  |
|  |  |                  |  | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |   |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |  |   |  |  |
|  |  |                  |  | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |   |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |  |   |  |  |
|  |  |                  |  |  |   |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |  |   |  |  |
|  |  |                  |  |  |   |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |  |   |  |  |
|  |  |                  |  |  |   |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |  |   |  |  |
|  |  |                  |  |  |   |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |  |   |  |  |
|  |  |                  |  |  |   |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |  |   |  |  |
|  |  |                  |  |  |   |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |  |   |  |  |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                  |  |  |   |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |  |   |  |  |
|  | <table border="1"> <tr> <td></td> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> |                  |  |  | H |  | 25533412 |  | 21433552 | 00000000 |  | 00000000 | D |  | G | 00000000 |  | 00000000 | 35533411 |  | 11433553 |  | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  |  | H                |  |  |   |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |  |   |  |  |
|  | 25533412   |                  | 21433552                                 |  |   |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |  |   |  |  |
|  | 00000000   |                  | 00000000                                 |  |   |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |  |   |  |  |
|  | D  |                  | G  |  |   |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |  |   |  |  |
|  | 00000000   |                  | 00000000                                 |  |   |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |  |   |  |  |
|  | 35533411   |                  | 11433553                                 |  |   |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |  |   |  |  |
|  |  | B                |  |  |   |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |  |   |  |  |
|  | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                  |  | MONTANT DES SOINS <input type="text"/>       |   |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |  |   |  |  |
|  |  |                  |  | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |   |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |  |   |  |  |
|  |  |                  | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |  |   |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |  |   |  |  |
|  |  |                  |  |  |   |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |  |   |  |  |
|  |  |                  |  |  |   |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |  |   |  |  |
|  |  |                  |  |  |   |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |  |   |  |  |
|  |  |                  |  |  |   |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |  |   |  |  |
|  |  |                  |  |  |   |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |  |   |  |  |
|  |  |                  |  |  |   |  |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |  |   |  |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Darroussi, Malika

الدكتورة دروسي مليكة

Docteur en Médecine  
Echographie générale  
Nutrition

دكتوراه في الطب  
شهادة في الفحص بالصدى الصوتي  
شهادة في طب التغذية و الحمية

23/06/22.

7<sup>th</sup> BAGAS (AHCE).

64,50

4 Difido 2mg

(SV)

Exp x 28 op. rps.

94,80

4 Vauflax

(SV)

Exp x 28

159,30

Pharmacie AL MOTAHIDA  
31 Rue 36 Lot. Sidi Abderrahmane  
Oulfa - Casablanca

Dr. DARROUSSI MALIKA  
Médecine Générale  
Lot. Chahdia N°: 344 Bd. Daoura  
El Oulfa - Casablanca

تجزئة الشهيدة 344 شارع وادي الدرة - الألفة ، الهاتف : 05.22.91.01.97 الدار البيضاء

Lotissement Chahdia 344 Bd.Oued Daoura - El Oulfa Tél : 05.22.91.01.97 Casablanca

ISOPHARM  
NEWFLEX  
WARM-UP  
94.80 DH

MFD 03/21  
LOT 134  
02/25



7 640127 792001

ACL 4561876

120 ml e



délayer le comprimé

**DI-INDO® 25 mg**  
30 comprimés dispersibles



6 118000 031307


13/06/22

MC BAGASS. LAHCEN


68.60

7 Heparat  12x28 au reps.

21.50

7 Sympfon 

56.00  
3

2x28   
Feldent

12x28

153.00

Dr. DARROUSSI MALIKA  
Médecine Générale  
Lot. Chahdia N°: 344 Bd. Daoura  
El Oulfa - Casablanca

هيپاناد  
40 قرص

A consommer de  
préférence avant fin :  
Lot n°

68.60 DH  
17/2024

SYSTEME DE GESTION QUALITE  
CERTIFIE ISO 9001:2015  
PAR CERTIQUALITY

Fabriqué par ESI srl  
1 Albisola Marina (SV) ITALY esi.it  
ESNAPHARM 7, Rue Abdelmajid  
n° - Maarif extension - Casablanca

**FELDENE**  
20mg PIROXICAM

LOT N° :  
UT.AV. :

P.P.V. : 56,90

27,150