

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- 0023220

31418

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10575 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUHRIN LAITH

Date de naissance : 17/10/1967

Adresse : LOT ELWAFAT N°33 DEROUA

Tél. : 062746069 Total des frais engagés : 19 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 courante et de petite chirurgie
 K = Actes de chirurgie et de spécialités

- SF = Actes pratiques par la sage femme et relevant de sa compétence
 SFI = Soins infirmiers pratiques par la sage femme
 AMM = Actes pratiques par le masseur ou le kinésithérapeute
 AMI = Actes pratiques par l'infirmier ou l'infirmière
 AP = Actes pratiques par un Orthophoniste
 AMY = Actes pratiques 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 actes échelonnés 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

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 91.26.46/2648/2649/2857/2883
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail: mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS

N° 217184

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom: **BOUGRIN LAIDI**
 Matricule: **10575** Fonction: **X RAM** Poste: _____
 Adresse: **LOT ELWAFI H N° 33 DE ROUA**
 Tél: **06.62.746069** Signature Adhérent: **[Signature]**

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient: **BOUGRIN LAIDI** Age: **17** **02/1987**
 Lien de Parenté avec l'adhérent: Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐
 Date de la première visite du médecin: **28/07/2022**
 Nature de la maladie: **Scorvi D2**
 S'il s'agit d'un accident: Causes et circonstances: _____
 A **Deane** le **28/07/2022**
 Durée d'utilisation 3 mois

Dr. Sanaa MHARZI
Médecin Généraliste
Imm. 10 N° 22 51 46 49
DEROUA - Tél: 05 22 51 46 49

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
28/07/2022	Q	-	150,00	Dr. Samia M. HAKKI Médecin Généraliste Imm 89 N° 2 Imme Deroou Samia DEROUA - Tél : 05 22 51 46 40

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
PHARMACIE NOUR EL IMANE Dr. ELBAOUI Imane Manzen 2 N° 4 Deroou Tél : 05 20 35 07 57	28/07/2022	2141,50

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
		AM	PC	IM	IV	

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
<div> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div> </div> </div> <div> <div>MONTANT DES SOINS</div> <div> </div> </div> <div> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div> </div> </div> <div> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div> </div> </div>			

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	<div> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div> </div> </div> <div> <div>MONTANT DES SOINS</div> <div> </div> </div>
	H	25533412	21433552											
	D	00000000	00000000											
	G	00000000	00000000											
	B	35533411	11433553											
	<div> <div>DATE DU DEVIS</div> <div> </div> </div>													
	<div> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div> </div> </div>													
	<div> <div>DATE DU DEVIS</div> <div> </div> </div>													
	<div> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div> </div> </div>													
	<div> <div>DATE DU DEVIS</div> <div> </div> </div>													
<div> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div> </div> </div>														
<div> <div>DATE DU DEVIS</div> <div> </div> </div>														
<div> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div> </div> </div>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Sanaa MHARZI

Médecine Générale

Diplômée de la Faculté
de Médecine et de Pharmacie
de Casablanca

Diplôme Universitaire en Diabétologie

Diplôme Universitaire de Nutrition

et Thérapeutiques Métaboliques

Suivi de Grossesse

ECHOGRAPHIE



الدكتورة سناء محرزى

الطب العام

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

دبلوم جامعي في أمراض السكري

دبلوم جامعي في التغذية وأمراض الأيض

متابعة الحمل

العيادة بالعيادة

Date :

28/04/2022

Dr. Sanaa MHARZI
Médecin Généraliste
Imm B 9 Appt N°2 Inane Deroua
DEROUA - Tél : 05 22 51 46 49

Bougrin Laidi

46,70 x 5 = 223,50

10 Diamin 60

1ep 1/2 1/2 Avant le dîner

437,00 x 2 = 874,00

29 Janumet 50/1000

744,00 1ep x 2 1/2 Après Repas

39 Leukos Robostat 14 41 15 Je sm 3ms

150,00 x 2 = 300,00

49 Bendelette Rapine 3 mesures / j

T = 2141,50

عنوان B 9 الشقة رقم 2 جان الدروة دار السعادة الدروة

Imm B 9 Appt N°2 Inane Deroua Dar Saada Deroua

Tél : 05 22 51 46 49

Dr. Sanaa MHARZI
Médecin Généraliste
Imm B 9 Appt N°2 Inane Deroua
DEROUA - Tél : 05 22 51 46 49

REMBOURSÉ
par la
MUTUELLE

On-Call[®] Plus

Blood Glucose Test Strips

50

For testing glucose in whole blood
using the On-Call[®] Plus and On-Call[®]
EZ II blood glucose meters.
For self testing and professional use.
Only for use outside the body.

Contents:
50 Test Strips
Code Chip
Package Insert



CE 0123

©2020 ACON Laboratories, Inc.



INFO PHARMA

10, Rue Boulmane Bourgogne
Casablanca 20040 Morocco
Tel: + 212 5 22 22 34 07
+ 212 5 22 22 12 55
Fax: + 212 5 22 47 45 92

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat R.P.1-
Ain Sebaâ 20250 Casablanca
LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B5
P.P.V. : 744DH00



Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

REMBOURSÉ
par la
MUTUELLE

On-Call® Plus

Blood Glucose Test Strips

50

For testing glucose in whole blood
using the *On Call® Plus* and *On Call®
EZ II* blood glucose meters.
For self testing and professional use.
Only for use outside the body.

Contents:
50 Test Strips
Code Chip
Package Insert



CE 0123

©2020 ACON Laboratories, Inc.



INFO PHARMA

10, Rue Boulmane Bourgogne
Casablanca 20040 Morocco
Tel: + 212 5 22 22 34 07
+ 212 5 22 22 12 55
Fax: + 212 5 22 47 45 92

Pharmacie NOUR ALIMANE SARL

FACTURE


Manzeh 2 N° :44 Deroua

Tél : 05 20 35 07 57

Email : imanebada0202@gmail.com

Date : 28/07/2022

Nom de client : BOUGRIN Laidi

Quantité	Désignation	Prix unitaire	Total
02	Bandelettes On call plus Boute 50	150,00	300,00
<p>Cette facture est arrêtée à la Somme de trois cent dinars.</p> 			

R.C:15461 Patente : 55801841 IF :50364808 ICE :002829855

Manzeh 2 N° :44 Deroua