

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.



Déclaration de Maladie

M23-0016538

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8062 Société : 180300

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : *Coureur*


Nom & Prénom : BISTARINE AHMED

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23-016538

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 :

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

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
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 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 REVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit des répétés en plusieurs séances ou actes comportant un ou plusieurs échelonnées temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit 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 26 52

TELEX / 3998 MUT

E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS MU 1041572

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : BISTARINE AHMED
Matricule : 8062 Fonction : Retraité Poste :
Adresse : Rue 15 No 8 ERAK ZNEZGANE AGADIR
Tél. : 0668324698 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : BISTARINE AHMED Age 01 / 01 / 62
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : 04 OCT 2023
Nature de la maladie : DEQ MARISE
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances :
A Agm le 04 OCT 2023
Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin
Dr. ALI HONDA
DERMATO-VENEROLOGUE
Imm GUERMANE Av. 29 Février
Tel 05 28 82 19 82 - AGADIR

VOLET ADHERENT

DECLARATION MU 1041572
Matricule N° : 8062
Nom du patient : BISTARINE AHMED
Date de dépôt :
Montant engagé 382,50
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
04/05/2023	2		250 dh	DR. ALI HOUARI DERMATO-VENEROLOGUE Imm GUERMANE Av. 29 Février Tél 05 28 82 10 82 - AGADIR

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie du Soleil Av. Kennedy Agadir Tél 05.28.84.80.04	04/10/23	132,50

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	

VOLET ADHERENT

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><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) 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

entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs par la Mutuelle.

Docteur Ali HOMRI

Maladie de la peau, du Cuir Chevelu, de l'Ongle
et des Maladies sexuellement Transmissibles

Chirurgie Dermatologique

Laser Dermatologique

Ancien Médecin-Chef du Service Dermatologie

Hôpital HASSAN II

الدكتور حمري علي

إختصاصي في أمراض الجلد والشعر و الأظافر

و الأمراض التناسلية

الجراحة الجلدية

العلاج بالليزر

رئيس سابق لمصلحة الجلد بمستشفى

الحسن الثاني أكادير

04 OCT 2023

BISTARINE Ahmed

- AS cédric (4Fusion)
13.6 xy tout le corps par levez, refer
- y les tout le corps par levez, refer
- une autre applique 70m n a (SV)
- le 2e par une applique
- Traiter toute la famille
- Désinfecter les vêtements et l'en
avec ce bagage

42.8 21

XY CEST

16,85

8 SICINADRE

132, 15

Rendez-vous, le :



Xycet® 5 mg

Composition :

Lévocétirizine dihydrochloride ... 5 mg
Excipient (dont lactose) : q.s.p. 1 comprimé enrobé
Voir la notice pour plus d'informations

تركيبه :
ليفوسيتيريزين ثنائي هيدروكلوريد ... 5 ملغ
مادة مضافة (بما في ذلك اللاكتوز) : ك.م.ج. 1 قرص مغلف
انظر النسخة لزيادة من المعلومات

Ne pas dégrader le code présente

Uniquement sur ordonnance

Libellé II (Tableau C)

Fabricant par : PROMOPHARM S.A.
Z.I. du sahel - Ind. Souaïem - Marrakech

2CS0063-V0

5 mg

5 مغ

Xycet® 5 mg

Lévocétirizine dihydrochloride

15 Comprimés enrobés

PROMOPHARM S.A.



6 118000 242659

كزيست
ليفوسيتيريزين ثنائي هيدروكلوريد

عن طريق الفم



15
قرص مغلف

01

A. utiliser sous prescription médicale
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants
MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION
Lire la notice avant utilisation
Ne pas prendre les comprimés
de conservation.



Soyez prudent
No film coating
Turn over to the other

يستخدم بوصفة طبية
يجب أن يكون بعيداً عن متناول و خارج النظر
الطبيب. طريقة و جرعة الاستخدام
اقرأ النسخة قبل الاستخدام
لا تؤخذ الحبوب مغلفة أثناء حفظ

96x47x18

5 mg

Xycet®

Lévocétirizine dihydrochloride

Voie orale



15
Comprimés
enrobés

42, 30

46,80

سكينوزون[®] مرهم



عن طريق الجلد

15g

بيتاماثزون (ديبروبيونات)

Composition :

Bétaméthasone (dipropionate) 0,05g
Excipients q.s.p 100g

Tube de 15g contenant 7,5mg de Bétaméthasone sous forme de dipropionate
Usage externe

Contre-indications, précautions et mode d'emploi : voir notice

INDICATIONS :

Traitement des lésions sèches : - Eczéma de contact - Dermatitis atopiques - Dermites séborrhéiques à l'exception du visage - Psoriasis - Dyshidroses - Traitement symptomatique du prurit

دواعي الإستعمال:

لعلاج الأمراض الجلدية المتميزة بأفات جافة : اكزيما التلامس - التهاب الأدمة المفرطة الحساسية - التهاب الأدمة المتعلقة بسيلان نغني باستثناء الوجه - الصدفية - الحزاز - زيادة العرق واختباسه في غده - معالجة أعراض الحكة الشديدة

Piedmot



Skinosone[®]

®

Pommade

Bétaméthasone (dipropionate)

15g



Voie cutanée

15g

Skinosone[®]

Pommade

A17991



Laboratoires Pharmaceutiques PHARMA 5
Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable

Skinosone pommade
tube de 15g



6 118000 091592

Ne pas avaler

Conserver à l'abri de la chaleur

37x24x130

Ascabiol[®]

Solution à usage externe

150 ml

18,20



Ascabiol[®]

Solution à usage externe

150 ml

18,20



Ascabiol[®]

Solution à usage externe
150 ml

18,20



Ascabiol[®]

Solution à usage externe
150 ml

18,20



Docteur Ali HOMRI

Maladie de la peau, du Cuir Chevelu, de l'Ongle
et des Maladies sexuellement Transmissibles

Chirurgie Dermatologique

Laser Dermatologique

Ancien Médecin-Chef du Service Dermatologie

Hôpital HASSAN II

الدكتور حمري علي

إختصاصي في أمراض الجلد والشعر و الأظافر

و الأمراض التناسلية

الجراحة الجلدية

العلاج بالليزر

رئيس سابق لمصلحة الجلد بمستشفى

الحسن الثاني أكادير

04 OCT 2023

BISTARINE ATHE

Vu ce jour au cabinet

pour consultation de

dermatologie

S, 250 dh

Dr. ALI HOMRI
DERMATO-VENEROLOGUE
Imm GUERMANE Av. 29 Février
Tel 05 28 82 19 82 - AGADIR

Rendez-vous, le :

الطابق الثاني - شارع 29 فبراير - تليجرت - أكادير الهاتف : 05.28.82.19.82 المبحول : 06.72.04.73.73
Imm.GUERMANE N°5 - 2ème Etage - Av. 29 Février - Talborjt - AGADIR - Tél. : 05.28.82.19.82 - GSM.