

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

194752

**Déclaration de Maladie**

M23- N° 0039653

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2915 Société : .....

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : EL Ghomri

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) : .....

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23- N° 0039653

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 :

- 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 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.

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 au 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  | - LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES |
| - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL   | - L'ORTHOPEDIE                    |
| - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM  | - LA REEDUCATION                  |
| - SEJOUR EN MAISON DE REPOS  | - LES ACCOUCHEMENTS               |
| - LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances . ou actes globaux comportant un ou plusieurs échelonnées dans le temps . | - 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 / 2648 / 2857 / 2883  
FAX : 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

## FEUILLE DE SOINS

N° 805403

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : MRS EL GHOMARI MALIKA  
Matricule : 2815 Fonction : Retraite Poste :  
Adresse : 8, Rue Ibnou MALEK Aviation Rabat  
Tél. : 0661 309762 Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : EL GHOMARI Malika Age 18 05 55  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin : 29.1.2024  
Nature de la maladie : Douleur Ombilicale  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances :  
A \_\_\_\_\_, le 29 JAN 2024 Signature et cachet du médecin  
Durée d'utilisation 3 mois

### VOLET ADHERENT

DECLARATION N° 805403  
Matricule N° : 2815  
Nom du patient : EL GHOMARI MALIKA  
Date de dépôt : 30/01/2024  
Montant engagé : 900 DH  
Nombre de pièces jointes : 900 DH



MUPRAS



## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
29 JAN 2024	A		3000	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/01/24	280,60

## ANALYSES – RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	29 JAN 2024	220	250,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## 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 colspan="2">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>00000000</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td></td> </tr> </table>			H			25533412	21433552		D 00000000	00000000	G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																					
	25533412	21433552																				
	D 00000000	00000000	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 L'EXECUTION

# CABINET DE TRAUMATOLOGIE ORTHOPEDIE

Imm. C5. Rue Soussa Appt. 1 (Entre la Wilaya et la Cathédrale) - Rabat  
Tél. Cab : 05 37 72 65 56 - Fax : 05 37 72 63 21 - GSM (urg) : 06 61 222 456

## DOCTEUR Rachid NAZIH

CHIRURGIEN TRAUMATOLOGUE ORTHOPEDISTE  
Diplômé de la Faculté de DIJON ( France )  
Ancien Interne des Hôpitaux de France

Ancien Chirurgien Attaché au S.H.R.U. de Beaune  
Chirurgie des membres et du Rachis - Adulte, Enfant  
et Sportif. Arthroscopies, Prothèses et Chirurgie  
des Nervis Périphériques

## الدكتور رشيد نزيه

اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل  
خريج كلية الطب بديجون (فرنسا)  
جراح ملحق سابقاً بمستشفى بون

جراحة الأضواء و العمود الفقري - كبار - صغار - رياضيين  
الفحص بالمنظار الداخلي للمفاصل - التعويض الإصطناعي للمفاصل  
جراحة الأعصاب الدقيقة

Rabat, le : 29 JAN 2024

El Ghannem Dalila

Rivacem Long

1/2 J après op

Anorelax

1/2 J 2/2 J

Anon 1000

1/2 J 2/2 J

ANON 1000

1/2 J 2/2 J

ANON 1000

DOCTEUR Rachid NAZIH  
CABINET DE TRAUMATOLOGIE ORTHOPEDIE  
Imm. C5. Rue Soussa Appt. 1  
Rabat  
Tél. Cab : 05 37 72 65 56 - Fax : 05 37 72 63 21 - GSM (urg) : 06 61 222 456



Comprimés Effervescents / Effervescent Tablets - 8 x 100

14,50

EXP :  
LOT N° :

LOT 21001  
PEP 09/24  
RPV 79DH70



**Honart®**  
Curcumine  
Exsudat de Bambou  
**FORTE**

000665

EXP. : 09/2026

176,90 DH

**COMPOSITION (par gélule) :**

EXTRAIT DE CURCUMA : 100 mg (dont curcumine : 95 mg)

EXTRAIT DE POIVRE NOIR : 5 mg (dont pipérine : 4.75 mg)

POUDRE D'EXSUDAT DE BAMBOU : 50 mg (dont silice : 35 mg)

OXYDE DE MAGNESIUM MARIN : 275 mg (dont magnésium : 151.25 mg)

STEARATE DE MAGNESIUM : 4 mg

GÉLULE VÉGÉTALE EN HPMC : 95 mg

**PROPRIETES :**

HONART FORTE contribue à une meilleure mobilité et souplesse articulaire tout en limitant l'usure de cartilage.

**UTILISATIONS :**

Phase d'initiation : 1 gélule 2 fois par jour.

Phase d'entretien : 1 gélule par jour.

**PRECAUTION D'EMPLOI :**

Respecter la dose journalière conseillée.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

A conserver au sec et à l'abri de la lumière.

**Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament.**

Autorisation Ministère de la santé n° : DA20202002306DMP/20UCA/V1

Autorisation Sanitaire ONSSA N° : FLF 163.25.19

Fabrique par Laboratoire IRCOS Certifié Bio – Ingrédients made in France.

Distribué au Maroc par Univers Pharmaceuticals.

**DuoRelax®**  
Gélule

**Relax®**

LOT: CA332  
EXP: 07/26  
PPC: 79.50DH

#### **FORME ET PRESENTATION :**

Gélules, boîte de 30.

#### **COMPOSITION :**

**DuoRelax®** est à base d'extraits naturels certifiés Bio.

Extrait de Sauge, extrait de Valériane, extrait de Passiflore, extrait d'Escholtzia, cellulose microcristalline, gélule végétale.

#### **PROPRIETES ET UTILISATION :**

- **DuoRelax®** est à base d'actifs naturels certifiés Bio qui agissent en synergie pour soulager les tensions musculaires.
- **DuoRelax®** détend et apaise les muscles en cas de contractures douloureuses grâce à une action relaxante et décontracturante.

#### **CONSEILS D'UTILISATION :**

# CABINET DE TRAUMATOLOGIE ORTHOPEDIE

Imm. C5. Rue Soussa Appt. 1 (Entre la Wilaya et la Cathédrale) - Rabat  
Tél. Cab : 05 37 72 65 56 - Fax : 05 37 72 63 21 - GSM (urg) : 06 61 222 456

## DOCTEUR Rachid NAZIH

CHIRURGIEN TRAUMATOLOGUE ORTHOPEDISTE  
Diplômé de la Faculté de DIJON ( France )  
Ancien Interne des Hôpitaux de France

Ancien Chirurgien Attaché au C.H.R.U de Beaune  
Chirurgie des membres et du Rachis : Adulte, Enfant  
et Sportif. Arthroscopies. Prothèses et Chirurgie  
des Nerfs Périphériques.

## الدكتور رشيد نزيه

اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل  
خريج كلية الطب بديجون (فرنسا)  
جراح ملحق سابقا بمستشفى بون

جراحة الأضواء و العمود الفقري - كبار - صغار - رياضيين  
الفحص بالمنظار الداخلي للمفاصل - التعويض الإصطناعي للمفاصل  
جراحة الأعصاب الدقيقة

Rabat, le : 29 JAN 2024

N° - EL KHONARI Nabil

Rendu de 2 jours Fel 2024  
Deux cent cinquante Dollars  
+ deux cent cinquante Dollars  
et deux cent cinquante Dollars

