

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

Education :

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.

Prothèse :

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

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

N° P19- 0045365

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8488 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ABOUDI WATIB

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 :

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 N° P19-045365

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 :

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 couvrant 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 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.

Le 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
li confidentialiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE
HOSPITALISATION EN HOPITAL
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
REVENTORIUM

SEJOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit

des 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

C

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 1621198


A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : ABOUDI WAHIB
Matricule : 8488 Fonction : chauffeur Poste :
Adresse :
Tél. : Signature Adhérent :

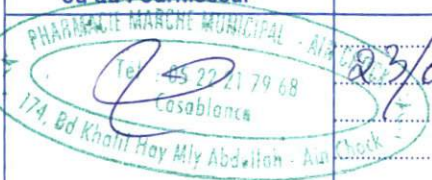
A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom
du patient : ABOUDI WAHIB Age
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie : Affection Oculaire
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances 23 OCT. 2019
Accueil Siège/Ram
A CASA le 23 / 09 / 2019 Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois


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
12/09/2019	CTA G			
19/09/19	CS de p. r. mes. H. 3. 000H			
23/09/2019	CT G			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Tel: 05 22 21 79 68 174, Bd Khalil Hay Mly Abdallah - Alcazar - Casablanca	23/09/19	367.20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Angle Rue Méditerranéenne - Casablanca Quartier Palmier - Casablanca Tel: 05 22 77 40 49 - Fax: 05 22 25 95 00	19/09/19	R. D.	300.00

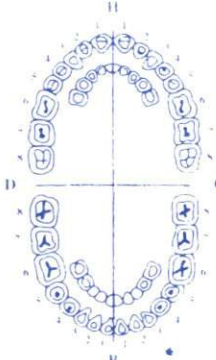
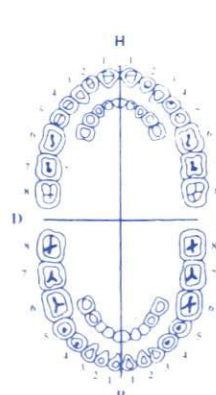
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature de

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement car 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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</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																	
				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

ORDONNANCE

Casablanca, le : ...23/09/2019...

Mr/Mme

A BOUDI... WAHIB

5140
(29.09.19)

• SPECTRUM 250 mg :

1 comprimé matin et soir pendant 5 jours.

CHIBRO-CADRON COLLYRE :

1 goutte 4 fois par jour dans l'oeil concerné pendant 1 semaine.

1 goutte 3 fois par jour dans l'oeil concerné pendant 1 semaine.

1 goutte 2 fois par jour dans l'oeil concerné pendant 1 semaine.

1 goutte 1 fois par jour dans l'oeil concerné pendant 1 semaine.

5440

• TOBRADEX POMMADE ou stender pde

Le soir dans l'oeil concerné pendant 1 semaine.

4440

• VISMED MULTI

1 goutte 4 fois par jour dans l'oeil pendant 6 semaines.

31150

• SERUM PHYSIOLOGIQUE :

Un lavage le matin dans l'oeil concerné pendant 1 semaine.

27100

• RONDELLES OPHTALMOLOGIQUES



INSTRUCTIONS FOR USE

VISMED® MULTI
Sodium hyaluronate from fermentation 0.18
Lubricant eye drops.
Sterile, free from preservatives.

Composition:

1 ml solution contains sodium hyaluronate, potassium chloride, disodium phosphate, sodium calcium chloride and purified water. The solution is sterile.

Indications:

For lubrication of the eyes in case of sensation of fatigue and other minor complaints of no pathological origin, for example, by dust, smoke, dry heat, air conditioning, computer screen use or contact lens wear.

Contra-indications:

Individual hypersensitivity to any constituent.

Interactions:

Do not use simultaneously with other eye drops applied to the same eye.

Side effects:

On very rare occasions, foreign body sensation, blurred vision.

Dosage and administration:

Tear off the protective cap above the eye of one hand and flow out (see instructions for use).

SYNTHEMEDIC
22-24 Rue Zouhair Idrissi
El Aouam 26500 Casablanca
P.P.C:144.10

110097/1
S/11.18
ETU24906V02

SÉRUM PHYSIOLOGIQUE
LAVAGE NASAL ET OPHTALMIQUE
RINÇAGE DES PETITES PLAIES ET BŮLURES

-25%
de plastique
par lavage
100%
carton
recyclé

Compresses
oculaires
STERILE
6 compresses



Comfort

TOBRADEX®

POMMADE OPHTALMIQUE

3,5G

PPV: 54,40 DHS

Laboratoires Sothema, Bouskoura

A.D.S.P. Maroc N° 1562/DMP/21/NNP



6 118001 070602
69020-3 © 2007, 2014 Novartis

CHIBRO-CADRON

Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 29,40 DH



6 118001 071425

A.M.M. Maroc

N° 116 DMP/21/NCV

Distribué par les

Laboratoires SOTHEMA

B.P. N°1, 27182

Bouskoura - MAROC

SPECTRUM 250 mg

10 comprimés



6 118000 081449

CHIBRO-CADRON

Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 29,40 DH



6 118001 071425

A.M.M. Maroc

N° 116 DMP/21/NCV

Distribué par les

Laboratoires SOTHEMA

B.P. N°1, 27182

Bouskoura - MAROC

LOT 1909880
EXP 05/2022
PPV 51.40DH

Dr. Merieme ZRYOUIL

**Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des Yeux**

Chirurgie de Cataracte (Phacoémulsification)

Diabète oculaire-glaucome

ANGIOGRAPHIE - OCT - LASER

Chirurgie des Voie Lacrymales

Permis de Conduire



الدكتورة مريم ازرويل

**اختصاصية أمراض
وجراحة العيون**

جراحة المياه البيضاء (جلاله) بالليزر

سكري العيون - ضغط العين

تصوير أوعية الشبكية و الليزر

جراحة مسالك الدموع

رخصة السياقة

في : 12 09 2019 Le :

ABOUDI WAHIB

Biométrie + c.s anesthésie

cataracte OD

Dr. Merieme ZRYOUIL
Ophtalmologue
52, Bd El Khalil 1^{er} Etage
Casablanca
Tél: 0522 52 38 42

FACTURE

N° : 6103 B / 2019 du 23/09/2019

CPA

Nom patient **ABOUDI WAHIB**
PAYANT

Entrée 19/09/2019

Sortie 19/09/2019

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE CPA	1,00		150,00	150,00
			Sous-Total	150,00
Total Clinique				150,00

DR. ACHIAKH MILOUDA (anesthésiste) CPA	1,00		150,00	150,00
			Sous-Total	150,00
Total Autres prestations				150,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300,00

CLINIQUE AL MADINA ③
Caisse
Angle Rue Med Bahi et Rue Mansard
Quartier Palmier - Casablanca
Tél: 05 22 77 77 40/49 - Fax: 05 22 25 00 01

F A C T U R E

N° : 6107 B / 2019 du 23/09/2019

BIOMETRIE

Nom patient **ABOUDI WAHIB**
PAYANTEntrée 19/09/2019
Sortie 19/09/2019

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
BIOMETRIE	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300,00

CLINIQUE AL MADINA
Caisse
Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard
Quartier Palmier - Casablanca
Tél: 05 22 77 77 40/49 - Fax: 05 22 25 00 01