

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.

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.

Educational :

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 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 tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

Déclaration : 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° M21- 066116

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0199

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

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° M21-66116

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 ou praticien
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
- 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 échelonnées 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

Pan
AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 2
FAX / 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAir

FEUILLE DE SOINS

N° 817091

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : *El Aloul Tahar Mohamed*

Matricule : *199* Fonction : *---* Poste : *---*

Adresse : *Avenue Hassan I résidence Sidi el*

Tél. *0661 53 2818* Signature Adhérent : *---*

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : *El Aloul Tahar* Age *19* | *4* | *2*

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐

Date de la première visite du médecin : *---*

Nature de la maladie : *HTA + Bactérie - tuberculose*

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances *---*

A *---*, le *---* / *---* / *---* Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

des s	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Medecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

et du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/06/2021	692,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du Praticien	Date 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													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANT DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>D</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>G</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>B</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			25533412	H	21433552	00000000	D	00000000	00000000	G	00000000	35533411	B	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	25533412	H	21433552													
	00000000	D	00000000													
	00000000	G	00000000													
	35533411	B	11433553													
				MONTANT DES SOINS												
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Diplôme de la Faculté de Médecine de Rabat

MEDECINE GENERALE

EX. Médecin Chef du Service des Urgences

et de Médecin (B) de l'Hôpital Mohamed V

Médecin Expert Assermenté Près les Tribunaux



الدكتور باحسين محمد

خريج كلية الطب بالرباط

الطب العام

طبيب رئيسي سابقا لقسم المستعجلات

قسم الطب (ب) بمستشفى محمد الخامس

طبيب خير محلف لدى المحاكم

Meknès, le 26 JUIN 2021 مكناس في

26 JUIN 2021

97.70
25.60

El 4 de abril Fekru

— Anops 02

188.00

Le

1-6-0

- Franchise 70

15.70

12

0-1-0

- Double

1185

- 7x0k10

692.70

14,00 x 2

—'e

— Ноль на 100 02

27.00

- Shin so

192.20

2.20 ← 1e

- Zeder See 1e

Dr. F. BAHSSINE Med
Médecin Expert près les Tribunaux
Autorisation 7343
3, Rue Sertor Av. Allal Ben Abdellah
Tél : 05 35 52 54 65 (V.N) - Meknes

3, Rue Settat (Angle Av. Allal Ben Abdellah)

(Ville Nouvelle) - Meknès

3. زنقة سطات زاوية شارع علل بن عبد الله

المدينة الجديدة - مكناس

Tèl : 05 35 52 54 65

Composition :

Amlodipine 5 mg
Excipients q.s, 1 comprimé/tablet

التركيب :

أملوديبين 5 ملغ
مواد ملونة لك. لك. للقرص واحد

COOPER
PHARMA

Fabriqué par / Manufactured by
COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri
Casablanca - 20110
Maroc / Morocco
Pharmaciens responsables / Head Pharmacist:
Amina DAOUDI
الصنع من طرف :
كوبير فارما
41، زقة محمد الديوري
الدار البيضاء - 20110
المغرب
الصيادلة المسؤولون :
امينة الداودي

COOPER
PHARMA



6 118000 081517



AMEP® 5mg
14 comprimés

AMEP®
amlodipine

Comprimés/Tablets/ قرصا 14x

5 mg
Tablets / قرصا

5 ملغ
عن طريق الفم

أملوديبين



23/60

500 ملغ زيكلار

كلاريثروميسين



احترم المقادير الموصوفة
Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance - Liste I
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة I



Fabriqué sous licence par :
Maphar. Km 10, Route côtière 111,
QI-Zenata, A n Seba , Casablanca.
Rachid LAMRINI, Pharmacien Responsable



ZECLAR 500MG
CP PELL B14



6 118000 011842

192,20

Prix 1 2000

20 00



PIASCLEDINE® 300

300 mg D'INSAPONIFIABLES D'AVOCAT ET DE SOJA

PIASCLEDINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS



6 118001 072644

بياسكليدين 300[®]

300 ملغ من الأفوكا و الصويا غير القابلتين للتصبين



1 gélule / jour
1 كبسولة في اليوم

EXPANSCIENCE®
LABORATOIRES

30
GÉLULES
كبسولة

بياسكليدين 300[®]
300 ملغ من الأفوكا و الصويا غير القابلتين للتصبين

احتياطات خاصة للحفظ :

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية بعيدا عن الضوء.

يحفظ لمدة 6 أشهر على الأكثر بعد فتح القارورة لأول مرة.
يجب حفظ الدواء في القارورة الأصلية.
يحفظ بعيدا عن مرأى ومتناول الأطفال.

تعليمات الاستعمال :

يجب قراءة هذه النشرة بتمعن قبل الإستعمال.



Médicament non soumis à prescription médicale.

يصرف هذا الدواء بدون وصفة طبية.



Titulaire d'AMM au Maroc :

sanofi-aventis Maroc. Route de Rabat R.P.1,
Aïn Sebaâ, Casablanca.

Lahcen BOUCHAOUIR, Pharmacien Responsable.

Nom et adresse du fabricant :

Maphar. Km 10, Route côtière 111, QI-Zenata,
Aïn Sebaâ, Casablanca.

ALIVIAR®

sulpiride

LOT: 09918045

PER: 11-2023

PPV: 27,00 DH

20 Gélules

50 mg



IBERMA

ALIVIAR® 50 mg

20 Gélules



6 118000 230250

56 قرص

5 ملغ
عن طريق الفم

أميب
أملوديبين

56 x قرص

مدة 4
صباح
زوال
مساء

AMEP® 5mg
56 comprimés

6 118000 081777

COOPER
PHARMA

5 mg
56 comprimés

AMEP®
amlodipine

56 x قرص
Comprimés/Tablets

Doliprane®

PARACÉTAMOL

1000 mg



COMPRIMÉ

ADULTE
10 Comprimés

b

bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

Doliprane®

PARACÉTAMOL

1000 mg



COMPRIMÉ

bottu s.a.

b

ADULTE
10 Comprimés

14,00
PPV 140000
PER 01/24
LOT K098

فان

28



20 mg

اوميترازول

اكسور

®

XOR® 20 mg

28 comprimés
effervescents

PPV 118DH50

EXP 09/2022
LOT 08039 3

Doliprane®

1000 mg

PARACÉTAMOL



COMPRIMÉ

ADULTE

10 Comprimés

b bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV: 14DH00
PER: 12/23
LOT: J3456

Doliprane®

PARACÉTAMOL

1000 mg



COMPRIMÉ

b bottu s.a.

ADULTE
10 Comprimés