

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.

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.

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

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° P19-0039465

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9539 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BATHMAN KANYA

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° P19-039465

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 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

HOSPITALISATION EN CLINIQUE
HOSPITALISATION EN HOPITAL
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
VENTORIUM
OUR EN MAISON DE REPOS
ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
tes répétées en plusieurs séances ou actes
aux comportant un ou plusieurs échelonnées
le temps.

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

EN CAS D'URGENCE

Actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit venir 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
30/09/13

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 1627588

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : Bahoul YAMIA
Matricule : 9533 Fonction : CC Poste : PNC
Adresse : 42, Rue NABOUNSE NARRIF CAJA
Tél. : 06 63 44 46 33 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Youssef Elmor Bahoul Age 15 | 05 | 12
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☒
Date de la première visite du médecin : 30 SEP 2013
Nature de la maladie : Nécessités d'urgence
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances Accident
A Casablanca le 21/09/2013 Signature et cachet du médecin [Signature]
Durée d'utilisation 3 mois

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

et du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	9/10	71,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Médecin 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	Coefficient DES TRAVAUX
	65	Exo	D10	930
	75	Exo	D10	6000H
	84	Exo	D10	11/09/2019
				FIN D'EXECUTION 21/09/2019

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	H	21433552
00000000		00000000
00000000	D	G
35533411	B	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX	
MONTANT DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

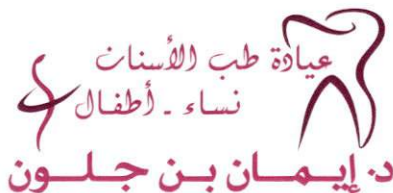
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr. Imane BENJELLOUN

Diplômée de la faculté de médecine dentaire de Casablanca
Diplôme universitaire de spécialité en orthopédie dento-faciale
de la faculté de médecine dentaire de Casablanca
Ex. interne au CCTD du CHU de Casablanca



خريجة كلية طب الأسنان بالدار البيضاء

اختصاصية في تقويم اعوجاج الأسنان

طبيبة داخلية سابقة في مركز علاج الأسنان

بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء

Casablanca le : 21/09/2019

Note d'honoraires

Cher-fant Imane Bahloul

- Extraction 65 11/09/2019
D₁₀ = 200 DH

- Extraction 55 14/09/2019
D₁₀ = 200 DH

- Extraction 85 21/09/2019
D₁₀ = 200 DH

Total des honoraires = 600 DH =

Dr. Imane
BENJELLOUN
60, Rue Nablouss, Appt 8, 2ème étage,
Maârif - Casablanca / Tél. : 05 22 25 19 07



Dr. Imane BENJELLOUN

Diplômée de la faculté de médecine dentaire de Casablanca
Diplôme universitaire de spécialité en orthopédie dento-faciale
de la faculté de médecine dentaire de Casablanca
Ex. interne au CCTD du CHU de Casablanca



خريجة كلية طب الأسنان بالدار البيضاء
اختصاصية في تقويم اعرجاج الأسنان
طبيبة داخلية سابقة في مركز علاج الأسنان
بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء

Casablanca le : 14/09/2019

Umfkt Imrane Bahloul

38,90 Amoxyl 500mg

1 s 2x / or pdt 1s

22,00 Al-gawhli Syrup

1c a s 2x / or pdt 3G.s

10,30 Dolipr e 500mg (cp)

1 cp 2x / or pdt 3G.s

71,20

Dr. Imane
BENJELLOUN
60, Rue Nablouss, Appt 8, 2ème étage,
Maârif - Casablanca / Tél. : 05 22 25 19 07

Amoxil
amoxicilline
500 mg/5 ml

Amoxil 500 mg/5 ml poudre pour
amoxicilline suspension buvable

..... cuillère(s)-mesure(s) fois par j
prendre indifféremment avant, pendant ou après
repas, pendant jours.

ملعقة... أيام بعض النظر عن اتخاذ قبل أو أثناء أو بعد وجبات
لمدة... أيام

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

ة طبية فقط
الجرعات الموصوفة

PPV: 38,90 DH
LOT: 589782
PER: 08/2021

Composition:
amoxicilline (sous forme trihydratée) 500 mg
pour une cuillère-mesure de sirop reconstitué soit

ملين 500 ملعقة مقاس ملعقة شراب معاد تشكيل أي مائعات 5 مل

Le médicament contient de l'aspartame et des sels de sodium.
Après addition d'eau non gazeuse jusqu'au trait circulaire,
on obtient 60 ml de sirop reconstitué soit 12 cuillères-mesures de 5 ml.

هذا الدواء على الأسبرتام و أملاح الصوديوم بعد إضافة الماء غير الغازي
ود الحظ الدائري، نحصل على 60 مل من الشراب أي مائعات 12 ملعقة
5 مل

150 مل



150 مل - 5 مل

سكن بدون

علاج ب السيل من

بتيو و سون

التي

PPV 22DH00

EXP 02/2022
LOT 8N041 3

ALGANTIL®

Suspension buvable pédiatrique

150 ml

Doliprane
PARACETAMOL
500 mg

PPV: 10DH30
PER: 01/22
LOT: I039



**DOULEURS
FIEVRE**

bottu

82, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca
S. Bachouch - Pharmacien Responsable

Voie orale
20 comprimés