

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## luation :

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.

## aire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## die 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8314

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BETTAH

ABDELJABAR

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661311630

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) :

# 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)
- SY = 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 courant 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 enveloppe 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  
EVENTORIUM

JOURL EN MAISON DE REPOS

ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit  
des répétés en plusieurs séances ou actes  
comportant un ou plusieurs échelons  
dans le temps.

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

## EN CAS D'URGENCE

En cas 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

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA

TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883

FAX : 05 22 91 26 52

TELEX : 3998 MUT

E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 1593841

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : BETTAH ABDELJABAR

Matricule : 8314 (8314) Fonction : CCI Poste :

Adresse : LOT NAWIAS N° 323 DAR

Tél. : 06.61.31.16.30 Signature Adhérent : B.

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : RATTAJAH ABDELJABAR

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : A.R.

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

A ... le ... Durée d'utilisation 3 mois

Dr. Khalid VOUSSEK  
Spécialité ORL  
Clinique Chadi  
Signature et cachet du médecin

### VOLET ADHERENT

#### DECLARATION

Matricule N° : 8314

Nom du patient : BETTAH ABDELJABAR

Date de dépôt : 30/07/2011

Montant engagé

Nombre de pièces jointes : 900,90 + 300



## RELEVE 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
23/09/2014	100% G	1	300,10	Dr. Khalil YOUSSEFI Spécialiste en orthodontie Clinique O.R.L. Beausejour 166 Bd. Ghandil Tél: 0522 344341 - Fax: 0522 344342

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/09/2014	T = 244,95

## 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
		A M	P C	I M	I V	

## 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 canalaire ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>				
				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'E

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	21433552
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

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

CLIN

PREDNI 20

Cooper — Prednisolone



Comprimés  
sécables  
effervescents

20 x

PREDNI 20 mg

20 comprimés effervescents sécables

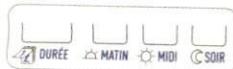


6 118000 081753

مصححة

E ET ESTHÉTIQUE BEAUSEJOUR

Dr F. M  
O



COOPER  
PHARMA  
41, Rue Med Diouri 20110 Casablanca  
Amine DAOUI Pharmacien Responsable

Dr B. J  
Prof agréé

LOT N°:

Dr K. Y  
C  
Immuno

42,00

Dr M. BERRADA  
SOUNNI

O.R.L.

Chirurgie Maxillo-Faciale  
et Esthétique

Formule :

Prednisolone ..... 20 mg  
(sous forme de métasulfobenzoate  
sodique de prednisolone 31,44 mg)

Excipients q.s.p. 1 comprimé effervescent  
sécable.

Excipients à effet notable : lactose  
sorbitol, sodium

Voir la notice pour plus d'informations

le 23/09/19

~~Dr Khalid YOUSSEF~~  
~~Spécialité en ORL~~  
~~Clinique ORL Beausejour~~  
~~198, Bd. Ghandi~~  
~~Tél: 0522 99 42 41 - Fax: 0522 99 42 40~~

Abdeljaber.

5,90

① euclar 1g  
15 ml/12/8/16 ml.

42,00

② predni 20-1  
30 g le matin au ml. au m/20/3 fm.

③ Relaxim - 300  
84,00 14/14 le soir | 1 mois

T = 264,90



Dr. Khalid YOUSSEF,  
Spécialité en ORL  
Clinique ORL Beausejour  
198, Bd. Ghandi  
Tél: 0522 99 42 41 - Fax: 0522 99 42 40

1g/125 mg

Tenir hors de la portée des enfants.  
Conserver dans un endroit sec  
en dessous de 25°C.  
Posologie et Mode d'emploi:  
consulter la notice intérieure.

# ECOCLAV®

Amoxicilline et Acide clavulanique

يحفظ بعيداً عن متناول الأطفال.  
يحفظ في مكان جاف تحت 25° مئوية.  
الجرعة وطريقة الاستعمال:  
اقرأ النشرة المرفقة.

ECOCLAV 1 g / 125 mg ®  
Amoxicilline et Acide clavulanique  
16 sachets

PROMOPHARM s.a.



6 118000 242277



		PENDANT
MATIN	MIDI	SOIR
DURÉE	REPAS	

LOT 18035 PER 10/20  
PPU 1150H90

# Relaxium® B6

300 mg

300 mg  
30 GÉLULES

Relaxium®  
B6



87,00

1 gélule par jour

100 % magnésium  
vitamine B6

COMPLEXE RELAXANT

Fabriqué par :

**Deva**  
Pharmaceutique

146-147 Zi Tit Mellili - Casablanca

LOT: 190196  
DLUO: 05/2022  
87,00DH

VOIE ORALE  
30 GÉLULES