

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.

Educations :

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° P19-0039037

☐ 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)
- = 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

Ce 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
HOSPITALISATION EN MAISON DE REPOS

ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit

actes répétés en plusieurs séances ou actes
soins comportant un ou plusieurs échelonnements
sur les temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

En cas d'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

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 1593841

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : **BETTAM ABDELJABAR**
Matricule : **8314 (8314)** Fonction : **CCI** Poste :
Adresse : **LOT NAWAKS N° 323 DAN**
Tél. : **06.61.31.6.30** Signature Adhérent : **B.**

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : **BETTAM ABDELJABAR** Age :
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie : **HTA - ORL**
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
A **Orl** le **23 / 09 / 17** Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois

Dr. Khalid YOUSSEF
Spécialiste ORL
Clinique ORL de Beaulieu
108, Bd. Grandi
Tél: 0522 99 42 81 Fax: 0522 99 41 44

VOLET ADHERENT

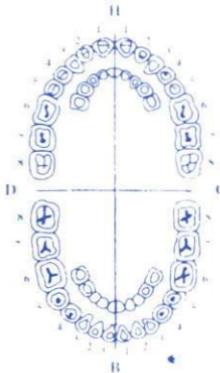
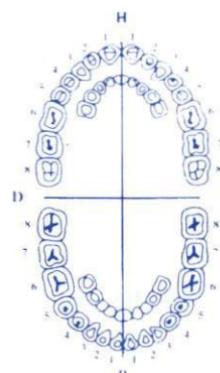
DECLARATION 1593841
Matricule N° : **8314**
Nom du patient : **BETTAM Abdeljabar**
Date de dépôt : **30/07/2017**
Montant engagé : **200,00 + 300**
Nombre de pièces jointes :

[illegible]

Cachet et Signature du Médecin
attestant le Paiement des Actes

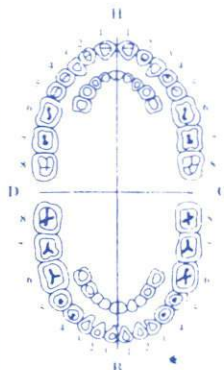
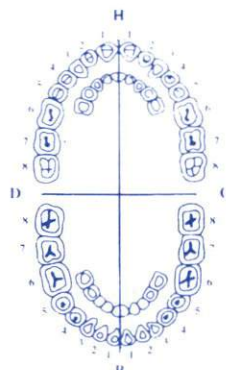
[illegible][illegible][illegible]

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES																																							
<p>Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.</p> <p>Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.</p>																																							
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>																																			
				MONTANT DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>																																			
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>																																			
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>																																			
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																																						
	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">H</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; text-align: center;"> </td> <td colspan="2" style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; text-align: center;"> </td> <td colspan="2" style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; text-align: center;"> </td> <td style="text-align: left;">G</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; text-align: center;"> </td> <td colspan="2" style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; text-align: center;"> </td> <td colspan="2" style="text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>					H			25533412			21433552		00000000			00000000		D		G			00000000			00000000		35533411			11433553				B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>
			H																																				
	25533412			21433552																																			
	00000000			00000000																																			
	D		G																																				
	00000000			00000000																																			
	35533411			11433553																																			
			B																																				
				MONTANT DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>																																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input style="width: 80px;" type="text"/>																																			
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>																																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																																			

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 canala 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'E

مصحة

E ET ESTHÉTIQUE BEAUSEJOUR

CLIN

PREDNI'20

Cooper — Prednisolone

20 mg

Comprimés
sécables
effervescent

20 x



COOPER

41, Rue Med Douiri 20110 Casablanca
Amina DAOUDI Pharmacien Responsable

PREDNI'20mg

20 comprimés effervescent sécables



Formule :

Prednisolone 20 mg
(sous forme de métsulfobenzate
sodique de prednisolone 31,44 mg)
Excipients q.s.p. 1 comprimé effervescent
sécable.
Excipients à effet notoire : lactose
sorbitol, sodium
Voir la notice pour plus d'informations

le 23/09/19

Dr F. M

O

Dr B. M

Prof agré

Dr K. Y

C

Immuno

LOT N°:

UT. AV:

PPV:

42,00

Dr M. BERRADA

SOUNNI

O.R.L.

Chirurgie Maxillo-Faciale
et Esthétique

Dr. Khalid YOUSSEF:
Spécialite en ORL
Clinique ORL Beausejour
198, Bd. Ghandi
Tél: 0522 99 42 41 - Fax: 0522 99 47 40

Abdeljabar.

5,90

① ewular 4
2 smul 12/8 / 6 jrs.

42,00

② predni 20y
3y le mat en ml dn nps / 3 jrs.

③ Relaximm-300
84,00 1y/j le soir / 1 mois

T = 244,90

Dr. Khalid YOUSSEF:
Spécialite en ORL
Clinique ORL Beausejour
198, Bd. Ghandi
Tél: 0522 99 42 41 - Fax: 0522 99 47 40

RC: 35938-1P-12960411
Dr. Khalid YOUSSEF
Bd. Ghandi 198
Casablanca
Tél: 0522 99 42 41
Fax: 0522 99 47 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.

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

ECOCLAV[®]

Amoxicilline et Acide clavulanique

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

PROMOPHARM s.a.



6 118000 242277

Poudre pour suspension buvable



بروموفارم س.أ.
PROMOPHARM s.a.



Boîte de 16 sachets

				PENDANT
MATIN	MIDI	SOIR	DURÉE	REPAS

LOT 18035 PER 10/20
PPV 115DH90

Relaxium[®]

B6

300 mg



87,00

1 gélule par jour

100 % magnésium
vitamine B₆

COMPLEXE RELAXANT

Fabriqué par :

Deva
Pharmaceutique

146-147 ZI Tit Mouli - Casablanca

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

VOIE ORALE
30 GÉLULES

Relaxium[®]

300 mg
30 GÉLULES