

# 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.

## iologie 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.

## ique :

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

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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° S19-0018497

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : ..... 558 ..... Société : .....

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : PACIFICO Christiane Benjelloun 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° S19- 0018497

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 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 au de présenter ses observations.

Ce 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 PRÉALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HÔPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU  
EVENTORIUM

JOURL EN MAISON DE REPOS

ACTES EFFECTUÉS EN SÉRIE, il s'agit  
d'actes répétés en plusieurs séances ou actes  
seulement 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

Les 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.



**M U P R A S**  
Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

DATE DE DÉPÔT

AÉROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2857 / 2883  
FAX / 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

## FEUILLE DE SOINS

N° 874764

### A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT

Nom & Prénom : PACIFICO Christiane BENJELLOUN  
Matricule : 0558 Fonction : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_  
Adresse : 22 Rue ABOU-ABBÈS ASFI Maaf CASA  
Tél. : 0522 98 94 77 Signature Adhérent : Pauline

### A REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : PACIFICO Christiane Age 03 19 45

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin : \_\_\_\_\_

Nature de la maladie : Affection gynécologique

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

A - CASABLANCA - 07/11/19 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
31/10/19	6			<i>AJ</i> 

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Laboratoire	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE UNIVERSITAIRE DE L'UNIVERSITE JAMALI</i> 6, Rue Al-Farabi - Casablanca Tél : 05 22 25 49 25 Fax : 05 22 25 49 26 E-mail : 35873067 R.C.S. Casablanca : 0436642	21/10/19	1364,05
	07/11/19.	170,00.

## ANALYSES – RADIOPHGRAPHS

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

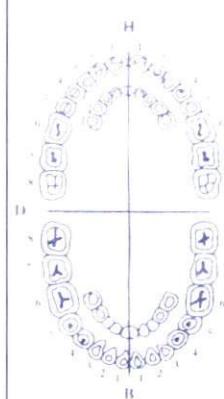
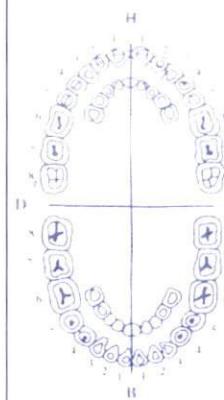
## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticen 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 canal ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFICIENT DES TRAVAUX
				
				MONTANT DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	MONTANT DES SOINS
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécesscaire 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'

Dr. Niâma BENAZZOUZ BERRADA

Spécialiste

Gynécologie - Obstétrique - Stérilité  
Maladie du Sein - Colposcopie - Sexologie  
Echographie Doppler - Médecine Foetale  
Chirurgie Gynécologique - Coeliochirurgie  
Hystéroskopie

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris



الدكتورة نسمة بنحزوز براطة  
اختصاصية في  
الولادة - أمراض و جراحة النساء - العقم  
أمراض الثدي و فم الرحم - الجراحة النسائية  
التنظير الداخلي - التشخيص بالصدى  
الامراض الجنسية  
خريجة كلية الطب بباريس

Ordonnance

Le : 31/10/2019

Nom : PACIFICO

Prénom : CHRISTIANE

- 196.50 1-sepcen 500 S.V  
1cp x 2/j/10j
- 38.30 2- polygynax ovule S.V  
1 ovule le soir en alternance avec n° 3
- 33.60 3- colpotrophine ovule S.V  
1 ovule le soir
- 46.20 6-Difal 50 S.V  
1cpx2/j/7j
- 52.80 7-Oedes 20mg S.V  
1gel x2/j/7j
- 138.00 8-Bactospray S.P  
9-Compresse S.P
- 25.00 10-Betadine dermique solution S.P
- 16.60 11-bétadine rouge solution pour la douche et toilette intime S.P
- 14.00 12-doliprane 1 g S.V  
1 cp si douleur
- 349.00 13- lovenox 0,4 S.V  
1 amp en s/c /j pdt 8 jrs
- 29.50 14- carboxane S.V  
2 gélules x2/j pdt 5 jrs

Santé Université  
Université Hassan II  
Casablanca  
Pharmacie Universitaire  
119, Bd. Bir Anzarane Maârif - Casablanca  
Tél: 0522 23 50 86/Fax: 0522 23 50 87

Dr. NIAMA BENAZZOUZ BERRADA  
Chirurgien Gynécologue Accoucheur  
119, Bd. Bir Anzarane Maârif - Casablanca  
Tél: 0522 23 50 86/Fax: 0522 23 50 87

**IDEAL**  
Iclofénac sodique 50 mg  
dolte de 30 comprimés

P.P.V. : 44,20 DH



**NAZZOUZ BER**  
pecialiste

Gynécologie - Obstétrique - Stéri  
Maladie du Sein - Colposcopie - Sex

Echographie Doppler - Médecine Foetale  
Chirurgie Gynécologique - Coeliochirurgie

Hystéroskopie

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris  
Ancien Praticien Hospitalier à Paris - Ile de France

J-2 PACIFICO

CHRISTIANE

BENJELLA

① 30,00

Eosine aqueuse

S.V.

Mar 23/11/2015

140,00

②

Mefo pessaire

S.V.

170,00

Mar 23/11/2015

DR. NIAMA BENAZZOZ BERRAK  
Chirurgien Gynécologue Accoucheur  
119, Bd Bir Anzarane, Résidence RAMZI «B» 3<sup>eme</sup> étage - Tél.: 05 22 23 50 86 - Fax : 05 22 23 50 87 - Urgence : 06 61 93 99 33  
E-mail : bbniamab@yahoo.fr

**MEBO** 0,25%  
Pommade dermique  
Tube de 30 g

6 118001 010110



العنف  
لنسائية  
حي

فرنسا

6 117050 213466

PPC 30.00 DH  
LOT 3010942  
EXP 01/2023

07 NOV 2019



10 CAPSULES GYNÉCOLOGIQUES  
كبسولات مهبلية ١٠

Exp Date  
OCT 2022  
Lot/Batch  
TP869

maphar  
Km 10, route côtière 111  
Quartier Industriel, Zénata, Ain Sebaâ  
Casablanca - Maroc  
CO. POTOGRAPHINE 10 mg CAP VAG BT 10  
P.P.V.: 33DH80  
6 118001 180691

Lot/Batch : 8L508A  
Fab./Man. : 0618  
Pér./Exp. : 0521

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Lovenox 4000Uantixa inj b2  
P.P.V. : 138,10 DH

6 118001 080472

CIP 03400936458726  
SN 119510FYETKGYT  
EXP 02 2022  
LOT 9S262



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Lovenox 4000Uantixa inj b6  
PPV : 349,00 DH

6 118001 080465

Lovenox  
injectable

PC 03400937146166  
SN 189863715409  
EXP 10 2021  
Lot S000089



(2)

LOT: 65316-11  
PER: 09-08-2021  
PPV: 138,00 DH  
196,50

LOT: 65316-11  
PER: 09-08-2021  
PPV: 138,00 DH  
196,50

BACTOSPRAY  
LOT:14R19101AA  
EXP: 10/2022  
PPC: 138.00DH

LOT 181038  
EXP 02/2021  
PPV 52.80 DH

Laboratoire ADDAX  
France

DIFAL® 50 mg  
Boîte de 30 comprimés

E D F C A 4 V F A 01