

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.

Éducation :

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.

Dentaire :

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 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

Nº P19- 047356

Optique

Autres

ND: 95553

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8676

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FARISS TAMOU

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0663147914

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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-047356

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 courrant 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

EVENTORIUM

JOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes baux 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.



M U P R A S

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 MU 029618

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : Fariss Tamou

Matricule : 8676 Fonction : Poste :

Adresse : Hay Amzajit Rue 27 n° 284

Tél. : 0663.14.79.14 Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Fariss Tamou Age

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin : 19/12/2010

Nature de la maladie : Drainage d'abcès

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

A Cas, le 19/12/2010 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION MU 029618

Matricule N° :

Nom du patient :

Date de dépôt :

Montant engagé :

Nombre de pièces jointes :

MUPRAS



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
9/03/2020	DX au nez J'abre		500,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
POLY PHARMACEUTIQUE INPE : 092048099 Tél : 05 22 21 14 26 ADT PANORAMIQUE	10/03/20	130,72 278,16

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 canal 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 style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412</td> <td style="text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: left;">35533411</td> <td style="text-align: right;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
B	00000000	00000000															
G	35533411	11433553															
					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												



Spécialiste en hépato-gastro-entérologie et proctologie

- Hépatite virale, Estomac, Vésicule biliaire et intestins
 - Proctologie médicale et chirurgicale
 - Certificat universitaire d'échographie
 - Fibroscopie digestive et coloscopie
 - Ancien Médecin au CHU Ibn Rochd

Ancien Médecin بالجديدة
المنتظر العام PHARMACIE PANORAMIQUE
Tél.: 05 22 21 14 26
0559 (NPE): 0920 48099

Casablanca, Le

- ٠ التهاب الكبد الفيروسي، المعدة، المرارة والأمعاء
- ٠ أمراض المخرج وجراحة البواسير
- ٠ دبلوم الفحص بالصدى
- ٠ المنظار الداخلي
- ٠ طببة سابقة بالمركز الاستشفائي ابن رشد

~~PHARMACIE PA~~
Tel.: 05 22 21 14 26
INPI: 09084208099
Tél: 06 22 21 14 26

~~13.40~~ ~~13.40~~ = Fairiss T aman

~~13.40~~ ~~13.40~~

~~16.60~~ ~~16.60~~

1) Bétsabine on onces  

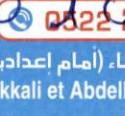
13.40 x 2 / 2.

2) 22.00  

co dol. pra. 00.00 Ares 100 mg/depot/depot

14.70  

3) Coupelle stérile,
 $(13.40 \times 3) + (6.80 \times 3)$
13.40 x 3 + 6.80 x 3 = 61.20

4)    

Dr. J.-B. L'EPERLAIS ET PROCHE GASTROENTEROLOGUE
Centre Médical de la Chambre des Notaires
285, Avenue Anatole France, 75008 Paris
Abdelkarim H. El Hachemi, M.D., F.R.C.P.
Enseignement et Recherche

رقم 285 ملتقى ابو شعيب الدكالي وعبد الله الشباني، حي المسجد، 2 مارس - الدار البيضاء، (امام اعدادية الغرالي للبنين وصيدلية ناصر) ◉ 285, angle Abou Chouiba Doukkali et Abdellah Chabani, Hay Al Masjid, 2 Mars (Devant Phamacie Nasser et collège El Ghazali garçons)



6 118001 102013
Levotyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013
Levotyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102006
Levotyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102013
Levotyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

127,80

COOPER PHARMA
PPV : 6,80 DH

COOPER PHARMA
PPV : 6,80 DH

22,20

F.P.V 22 D.H.20
PER 10/21
LOT 12328





Spécialiste en hépato-gastro-
entérologie et proctologie

Hépatite virale, Estomac, Vésicule biliaire et intestins,
Proctologie médicale et chirurgicale
Certificat Universitaire d'echographie
Fibroscopie digestive et coloscopie
Ancien Médecin au CHU ibn Rochd

اختصاصية في أمراض الجهاز
المضمي الكبد وأمراض المخرج

- التهاب الكبد الفيروسي، المعدة، المرارة والمعاء

- أمراض المخرج وجراحة البواسير

- دباثوم الشخص بالصدى

- المنظار الداخلي

- طبيبة سابقة بالمركز الاستشفائي ابن رشد

Casablanca. Le :

19/03/2020

N° 1183

NOTE d'honoraire

Patient	Greffé(e)	Réint
Mme FARIS-Tarhan	Drainage d'abcès	1100DH

Somme Arrêté à : 1100DH

ICE : 001715754000096

I F : 18790381

INPE : 09117774

Tél : 05 22 28 61 57 - Email : docteuribnghazala@gmail.com

يقم 285 ملتقى أبو شعب المحاكم وحي المسند 2 مارس - الدار البيضاء (أمام إعْدَادِيَّةِ الفرَّانِيِّ للسُّنْنِ وَحِسْنَةِ مَحَاكِمِ)
285, angle Abou Chouaib Dookkali et Abdellah Chabani, Hay Al Masjid, 2 Mars (Devant Pharmacie Nasser et collège El Ghazali garçon)

Dr. IBN GHAZALA
HEPATO-GASTROENTEROLOGUE
ET PROCTOLOGUE
DENTISTE DOUKKALI AL HOU
Tél: 05 22 28 61 57
Abdelrahman Chabani Hay Al Masjid - Casablanca - Maroc



Spécialiste en hépato-gastro-entérologie et proctologie

- Hépatite virale, Estomac, Vésicule biliaire et intestins
- Proctologie médicale et chirurgicale
- Certificat universitaire d'échographie
- Fibroscopie digestive et coloscopie
- Ancien Médecin au CHU Ibn Rochd

اختصاصية في أمراض الجهاز
الهضمي الكبد وأمراض المخرج

- التهاب الكبد الفيروسي، المعدة، المرارة والأمعاء
- أمراض المخرج وجراحة البواسير
- دبلوم الفحص بالصدى
- المنظار الداخلي
- طبيبة سابقة بالمركز الإستشفائي ابن رشد

Casablanca, Le :

19/03/2025

H. Faiss Tamek

compte rendu de sondage
d'abs anal

à l'inspect on note la présence d'un
trempeau à 5h (au poste communal)
avec un DI en regard..
anesthésie local + incision de l'absce
avec issus de pus en chandelle -
points locaux + mise d'une mèche
drainage 0322 28 61 57 docteuribnghazala@gmail.com