

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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 ALP :

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° M20- 0005181

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 378 Société : 53698
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BALOUKES AIDA
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° M20-05181

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

C	= Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien	SF	= Actes pratiques par la sage femme et relevant de sa compétence
CS	= Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)	SFI	= Soins infirmiers pratiques par la sage femme
CNPSY	= Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre	AMM	= Actes pratiques par le masseur ou le kinésithérapeute
V	= Visite de jour au domicile du malade par le médecin	AMI	= Actes pratiques par l'infirmier ou l'infirmière
VN	= Visite de nuit au domicile du malade par le médecin	AP	= Actes pratiques par un Orthophoniste
VD	= Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade	AMY	= Actes pratiques par un aide-orthophoniste
VD	= Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié	R - Z	= Electro - Radiologie
PC	= Acte de pratique médicale courante et de petite chirurgie	B	= Analyses
	= Actes de chirurgie et de spécialités		

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	- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
HOSPITALISATION EN HOPITAL	- L'ORTHOPEDIE
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU ENTORNIUM	- LA REEDUCATION
SEJOUR EN MAISON DE REPOS	- LES ACCOUCHEMENTS
ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit de soins répétés en plusieurs séances ou actes comportant un ou plusieurs actes échelonnés dans le temps.	- 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 se présenter 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



DATE DE DEPOT

MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 91.26.46/2648/2649/2857/2883
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail: mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS

N° 0297565

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

MUPRAS 378 SARVANI
Matricule: 378 Fonction: Poste:
8 DEC. 2020
Tél: Signature Adhérent:

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient: **Batoul Sarradi** Age:
Lien de Parenté avec l'adhérent: Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin: 21/12/2020
Nature de la maladie: **D'obésité + Cholestérol**
S'il s'agit d'un accident: Causes et circonstances:
A: **Rabat** le 21/12/2020
Durée d'utilisation 3 mois
Signature et cachet du médecin: **C.S FATH - Rabat**

VOLET ADHERENT

DECLARATION

N° 0297565

Matricule N°:
Nom du patient:
Date de dépôt:
Montant engagé
Nombre de pièces jointes:



RELEVÉ 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
Pharmacie EL MOUNA Mme SMILI Wadia 9, Hay El Kora, C.Y.M. - Rabat Tél : 0537 29 06 73 INPE : 102025772	21/12/20	505,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des coefficients	Montant des honoraires
Dr. A. ALDJOUNI Médecin Biologiste Laboratoire Al Manal	21.12.20		121,50

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du praticien	Dates des soins	Nombre				Montant détaillé des honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Dr. MERGAOUI R.I. Médecin Généraliste C.S FATH - Rabat	21/12/20					AG.

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 canalair 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	COEFFICIENT DES TRAVAUX												
	<table border="1"> <tr><td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>G</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>B</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	
	H	25533412	21433552											
	D	00000000	00000000											
	G	00000000	00000000											
	B	35533411	11433553											
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														
DATE DU DEVIS														
DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTE

Dr. MERGAOUI R.I.
Médecin Généraliste
C.S. FATH - Rabat

Ordonnance

Dr. MERGAOUI R.I.
Médecin Généraliste
C.S. FATH - Rabat

28,00 x 6

168,00

1. Glucophage 1500 mg
1 gélule in 3 mes

Pharmacie EL MOUNA
Mme SMILI Wadia
8, Hay EL Kora, C.Y.M. - Rabat
Tél : 0537 29 06 73
INPE : 102025772

337,00

505,00

Dr. MERGAOUI R.I.
Médecin Généraliste
C.S. FATH - Rabat

Pharmacie EL MOUNA
Mme SMILI Wadia
8, Hay EL Kora, C.Y.M. - Rabat
Tél : 0537 29 06 73
INPE : 102025772

Pentasa 1g (supp)
1 suppo in 3 mes

LOT 191911
EXP 12/2022
PPV 28.00DH

COOPER

PHARMA

par : Cooper Pharma

Shamed Diouri, 20 110, Casablanca

nce de Merck Santé s.a.s.

en responsable : Amina Daoudi

: 121 DMP/21/NRQ

مصنوع بموجب إجازة لدى كوبر فارما
41, زنفة محمد الديوري 20 110 الدار البيضاء
تحت رخصة ميرك سانتيه ش.أ.م
الصيدلي المسؤول : أمينة الداودي

Glucophage® 1000mg 

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333



LOT 191911
EXP 12/2022
PPV 28.00DH

COOPER

PHARMA

par : Cooper Pharma

Shamed Diouri, 20 110, Casablanca

nce de Merck Santé s.a.s.

en responsable : Amina Daoudi

: 121 DMP/21/NRQ

مصنوع بموجب إجازة لدى كوبر فارما
41, زنفة محمد الديوري 20 110 الدار البيضاء
تحت رخصة ميرك سانتيه ش.أ.م
الصيدلي المسؤول : أمينة الداودي

Glucophage® 1000mg 

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333



LOT 191911
EXP 12/2022
PPV 28.00DH

COOPER

PHARMA

par : Cooper Pharma

Shamed Diouri, 20 110, Casablanca

nce de Merck Santé s.a.s.

en responsable : Amina Daoudi

: 121 DMP/21/NRQ

مصنوع بموجب إجازة لدى كوبر فارما
41, زنفة محمد الديوري 20 110 الدار البيضاء
تحت رخصة ميرك سانتيه ش.أ.م
الصيدلي المسؤول : أمينة الداودي

Glucophage® 1000mg 

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333



LOT 191911
EXP 12/2022
PPV 28.00DH

COOPER

PHARMA

par : Cooper Pharma

Shamed Diouri, 20 110, Casablanca

nce de Merck Santé s.a.s.

en responsable : Amina Daoudi

: 121 DMP/21/NRQ

مصنوع بموجب إجازة لدى كوبر فارما
41, زنفة محمد الديوري 20 110 الدار البيضاء
تحت رخصة ميرك سانتيه ش.أ.م
الصيدلي المسؤول : أمينة الداودي

Glucophage® 1000mg 

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333



LOT 191911
EXP 12/2022
PPV 28.00DH

COOPER

PHARMA

par : Cooper Pharma

Shamed Diouri, 20 110, Casablanca

nce de Merck Santé s.a.s.

en responsable : Amina Daoudi

: 121 DMP/21/NRQ

مصنوع بموجب إجازة لدى كوبر فارما
41, زنفة محمد الديوري 20 110 الدار البيضاء
تحت رخصة ميرك سانتيه ش.أ.م
الصيدلي المسؤول : أمينة الداودي

Glucophage® 1000mg 

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333



LOT 191911
EXP 12/2022
PPV 28.00DH

COOPER

PHARMA

par : Cooper Pharma

Shamed Diouri, 20 110, Casablanca

nce de Merck Santé s.a.s.

en responsable : Amina Daoudi

: 121 DMP/21/NRQ

مصنوع بموجب إجازة لدى كوبر فارما
41, زنفة محمد الديوري 20 110 الدار البيضاء
تحت رخصة ميرك سانتيه ش.أ.م
الصيدلي المسؤول : أمينة الداودي

Glucophage® 1000mg 

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333



PENTASA 1G

15 SUPPOSITOIRES

PPV : 337,00 DH

ADSP N° 80/98DMP/21

LABORATOIRES SOTHEMA



**RESPECTER LES
DOSES PRESCRITES**

يجب احترام
الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance

Liste II

القائمة 2

Dossier N° : 2061FA

Ouvert le : 02/12/20

Prélèvement effectué à 12:29

Edition du : 03/12/20

Prescripteur :

Mme ESSAIDI EL BATOUL

DDN : 01/01/1944

Page 1/1

Compte Rendu d'Analyses

Medecin biologiste Dr Aldjoun Bennani Abir

BIOCHIMIE

Hémoglobine glycosylée ----- : 7,50 * %

4,8 - 6

14/10/2019

7,80

4,8-6%: valeurs normales (non diabétique)

6,5%: excellent équilibre glycémique (DNID)

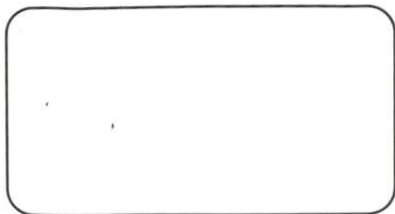
7%: excellent équilibre glycémique (DID)

8-10%: mauvais équilibre glycémique, action corrective suggérée.

>10%: équilibre glycémique médiocre, action corrective nécessaire

Dr. A. ALDJOUN - BENNANI
Médecin biologiste
Laboratoire Al Manal





Ordonnance

02/11/2020
ESSAÏDI CARBATOUL
~~Dr. MERGAOUI R.I.
Médecin Généraliste
C.S. FATH Rabat~~

Faire Hb A_{1c}.


Dr. A. ALDJOUN-BENNANI
Médecin Biologiste
Laboratoire Al-Moraj


~~Dr. MERGAOUI R.I.
Médecin Généraliste
C.S. FATH Rabat~~

FACTURE
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES AL MANAL

Avenue Al Massira N°: 1013 RDC, Amal 5, CYM
Tel: 0537 280 809 / Fax: 0537 799 903 laboratoirealmanal@gmail.com

ICE: 001775478000076

INPE: 103060950

IF:14372610

Rabat le : 2 décembre 2020

Mme ESSAIDI EL BATOUL

Mutuelle

FACTURE N°	152255
------------	--------

Analyses :

Hémoglobine glycosylée -----	B	100	Total : B 100
------------------------------	---	-----	---------------

Prélèvements :

Prelevement-----	Pc	1,5
------------------	----	-----

TOTAL DOSSIER

121,50 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cent Vingt et Un Dirhams et Cinquante Centimes

Dr. A. ALDJOUNI-BENNAHI
Médecin Biologiste
Laboratoire Al Manal