

# 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.

## Radiologie 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.

## Rééducation :

- 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.



# Déclaration de Maladie

M22- 0032363

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	9080	Société :	138081
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	138081
Nom & Prénom :		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 :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
Affection longue durée ou chronique :		<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> ALC
Pathologie :			
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 M22-0032363

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 : .....

La 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.

## 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date 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.

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a 16-cell diagram with labels D, G, H, and B. The labels are placed as follows: 'D' is at the bottom left, 'G' is at the bottom right, 'H' is at the top center, and 'B' is at the bottom center. The diagram consists of 16 numbered circles arranged in a circular pattern, with some circles containing additional symbols like 'Y' or 'H'.

### **[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien  
 CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)  
 CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre  
 V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin  
 VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin  
 VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade  
 VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié  
 PC = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie  
 K = 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

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE  
 - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL  
 - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM  
 - SEJOUR EN MAISON DE REPOS  
 - LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs échelons dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES  
 - L'ORTHOPEDIE  
 - 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 prévenir 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

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

**FEUILLE DE SOINS 728678**

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : ADDOU Miloud  
 Matricule : 2089 Fonction : RETRAITE Poste :  
 Adresse : BLOC S NR 31 LARH VAM 2 Agence :  
 Tél. : 0528 22 00 20 Signature Adhérent : ADDOU Miloud

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : EL KAIZOUNI KHADIGA Age :   
 Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin : 22.9.2022

Nature de la maladie : *dry skin + scotoly*

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

A :  le  /  /  Durée d'utilisation 3 mois

Dr. Mouna WFAK  
Cabinet Medical  
29, Rue Amzermat Agdal  
Tél. 0528 22 00 20  
Signature et cachet du médecin

01/10/2021

## 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
22 SEP	2022	LEA	2000	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE LAZAR</b> Dr. KSIKES Ahmed 304, N°22 Amsemat Agadir Tel : 05.28.22.09.74	22.09.2021	1522,50

## **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
		AM	PC	IM	IV	

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soi

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire ainsi que le bilan de l'ODE.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

#### VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



Docteur WIFAK Malika  
Médecine Générale  
Rue 337 N° 29 Cité Amsernat - Agadir  
Tél : 05 28 23 31 75

الدكتورة وفاق مليكة  
الطب العام  
زنقة 337 - رقم 29 حي أمسننات - أكادير  
الهاتف: 05.28.23.31.75

Agadir, Le ..... أكادير في

22 SEPT 2022

Wifak Amsernat  
Kesla

60.4-

11 Di-mols 500 S.V

94.00 180.1.1

2 Mydolplex 180 S.V

100 x 31.1

13.10 3) Relavent S.V

1 1 5  
al qel --

Dr. Malika WIFAK  
Cabinet Médical  
29, Rue 337 Amsernat - Agadir  
Tél: 05 28 23 31 75

PHARMACIE LAAZIB  
Dr. KSIKES Ahmed  
4, N°22 Amsemat Agadir  
Tél : 05.28.22.09.74

273.00

4) Nervay 75

1cp 1,68 Dh

x 100

42.00

RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20  
P.P.V : 53DH10  
6 118000 060833

5) Kalesh 20mg S.V

1 gélule 1,68 Dh

3000 aut ce

x 100

T : 522.50

LOT 211319  
EXP 04/2024  
PPV 42.00DH

Dr. Matka WiFAK  
Cabinet Médical  
29, Rue 337 Amsemat - Agadir  
Tél: 05 28 22 31 75

GTIN: 06118001260850  
LOT: 3937  
MFG: 02 2022  
EXP.: 02 2025  
PPV: 94Dhs00



PPV 60DH40 EXP 07/2024  
LOT 16033 2

AMM N° 160/45 DMP/21/NNP

N° Lot : 1PK131  
Fab. : 08/2021  
Per. : 08/2023

PPV : 273.00 DHS

PHARMACIE LAAZIB  
Dr. KSIKES Ahmed  
304, N°22 Amsemat Agadir  
Tél : 05.28.22.09.74

