

## 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 : 9089 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ 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 : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ 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 :

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

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



### 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

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien      Date des Soins      Nombre      Montant détaillé des Honoraires

| Nombre |     |     |     |
|--------|-----|-----|-----|
| 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.

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

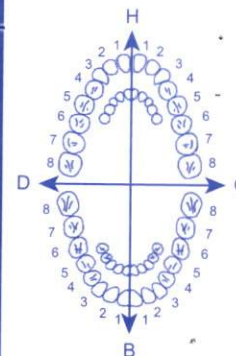
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

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

#### SOINS DENTAIRES

Dents Traitées      Nature des Soins      Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

#### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          | G        |          |
|----------|----------|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 | 00000000 | 00000000 |
| B        |          |          |          |

**[Création, remont, adjonction]**

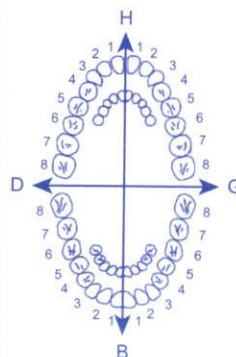
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient 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



# Conditions Generales

## 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 kinsithérapeute  
 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 a 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 remi 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 échelonnées
- 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

DATE DE DEPOT

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

FEUILLE DE SOINS 728678

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : ADDOU M. LOUD  
 Matricule : 2080 Fonction : RETRAITE Poste :  
 Adresse : BLOC 5 NR 32 LAKH VAN 2 AEROPORT  
 Tél. : 0528220920 Signature Adhérent : Addou

## A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : KAZMOUNI KHADIJA Age :  
 Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐  
 Date de la première visite du médecin : 22.9.2022  
 Nature de la maladie : Douleur abdominale + Scatoly  
 S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances  
 A le /  
 Durée d'utilisation 3 mois  
 Dr. Malika WIRAK  
Cabinet Médical - Agg  
29, Rue S. Amsernat  
Tél. 05 21 11 75  
Signature et cachet du médecin



## 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 22 SEP 2022     | KEA               | 1                     | 2000                            |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
|  | 22.09.2022 | 522.50                |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |

## 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 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"/>             |   |          |          |  |          |          |   |   |          |   |          |  |
|                                   |   |                  |             |  |   |          |          |  |          |          |   |   |          |   |          |  |
|                                   |   |                  |             |  |   |          |          |  |          |          |   |   |          |   |          |  |
|                                   |   |                  |             |  |   |          |          |  |          |          |   |   |          |   |          |  |
|                                   |   |                  |             |  |   |          |          |  |          |          |   |   |          |   |          |  |
|                                   |   |                  |             |  |   |          |          |  |          |          |   |   |          |   |          |  |
|                                   |   |                  |             |  |   |          |          |  |          |          |   |   |          |   |          |  |
| <b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b> |   |                  |             | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> |   |          |          |  |          |          |   |   |          |   |          |  |
|                                   | <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>B</td> <td>11433553</td> </tr> </table> |                  |             | 25533412   | H | 21433552 | 00000000 |  | 00000000 | 00000000 | D | G | 35533411 | B | 11433553 | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                                   | 25533412  | H                | 21433552    |  |   |          |          |  |          |          |   |   |          |   |          |  |
|                                   | 00000000  |                  | 00000000    |  |   |          |          |  |          |          |   |   |          |   |          |  |
|                                   | 00000000  | D                | G           |  |   |          |          |  |          |          |   |   |          |   |          |  |
|                                   | 35533411  | B                | 11433553    |  |   |          |          |  |          |          |   |   |          |   |          |  |
|                                   | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                  |             | 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'EXECUTION

Docteur WIFAK Malika

Médecine Générale

Rue 337 N° 29 Cité Amsernat - Agadir

Tél : 05 28 23 31 75

الدكتورة وفاق مليكة

الطب العام

زقة 337 - رقم 29 حي أمسرنات - أكادير

الهاتف: 05.28.23.31.75

Agadir, Le 22 SEPT 2022 أكادير في

M. EL KAZ Mouni Khadija

Echographie Abdominale

Foie de taille de  
une balle de basket

VB non ou cloquée

VBH non slate

Re Rate Petit

3 lésions  
Atriales

Dr. Malika WIFAK  
Généraliste Médical - Agadir  
N° 29, Rue 337 Amsernat - Agadir  
Tél: 05 28 23 31 75  
06 62 23 20 07



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 أمسرنات - أكادير

الهاتف: 05.28.23.31.75

أكادير في \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_ Agadir,

22 SEPT 2022

M. EL. KA ZHOUANT  
Koudy

60.4-

1/ Di-mido sel

S.V

94.00

18u/l,

2/ MydoFlex 180

S.V

100 x 31,

13.10

3/ Relaxerf

S.V

1 1 1  
al q-q

Dr. Malika WIFAK

Cabinet Médical

° 29, Rue 337 Amsernat - Agadir

Tél: 05 28 23 31 75

0528233175

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

273.00

4) Nervax 75

1cp / 6 or

x 1mg

S.V

42.00

5) Kallesk 20mg

1 feuille / 6 prises

30mn avant cory

x 1kg

S.V

RELAXOL 500MG/2MG  
CP 820  
P.P.V : 53DH10  
118000060833

T : 522.50

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

LOT 211319  
EXP 04/2024  
PPV 42.00DH

GTIN : 06118001260850  
LOT : 3937  
MFG : 02 2022  
EXP : 02 2025  
PPV : 940hs00



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

PPV 160DH40  
EXP 07/2024  
LOT 16033 2

AMM N° 16045 DMP/21/NNP  
N° Lot : 1PK131  
Fab : 08/2021  
Per : 08/2023  
PPV : 273,00 DHS

mindray

Dr WIFAK MALIKA

elkazzamouni@medija

20220921 210014 FF93

21.09.2022 21:15:38



AP 35.0cm, M 3.7cm, 0.1

m

DC 30

55.1cm

ABD: 150cm

0

4.2cm

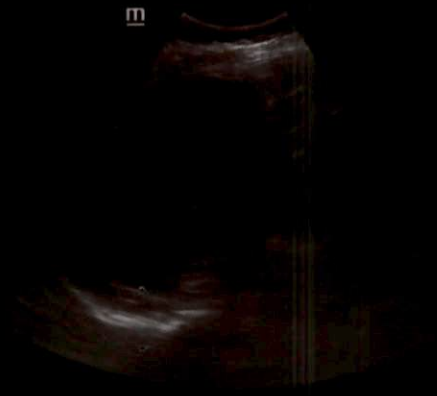
0.7cm

5cm

8cm

10cm

15cm



mindray

Dr WIFAK MALIKA

elkazzamouni@medija

20220921 210014 FF93

21.09.2022 21:14:11



AP 35.0cm, M 3.7cm, 0.1

m

DC 30

55.1cm

ABD: 150cm

0

4.2cm

0.7cm

5cm

8cm

10cm

15cm

