

# 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.

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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'H.  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie


M23-012883

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

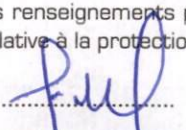
### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : SAC3 Société : .....  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....  
Nom & Prénom : Souhiti Aheel  
Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
Tél. : 066597509 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) : 

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# Conditions Générales

## 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 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 : 91.26.46/2648/2649/2857/2883  
FAX : 91.26.52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail: mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS N° 445831

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : .....  
Matricule : ..... Fonction : ..... Poste : .....  
Adresse : .....  
Tél. : ..... Signature Adhérent : .....

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : SOUHAIRI AHMED Age 24 / 05 / 1959  
Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin : .....  
Nature de la maladie : HIS droite  
S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances .....  
A Benebid le 11/05/2023 Signature et cachet du médecin  
Durée d'utilisation 3 mois

### VOLET ADHERENT

DECLARATION  
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
11/05/23	CC		300DH	Dr DAIF BASSAM Chirurgie Générale INPE: 121258289

## 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
Dr NEJHY WAFAR Radiologue	11/05 2023	ECHO LINGUIO SCROTAL	500,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du praticien	Dates des soins	Nombre				Montant détaillé des honoraires
		AM	PC	IM	IV	

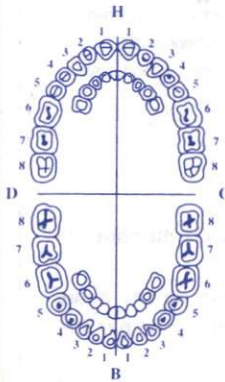
## VOLET ADHERENT

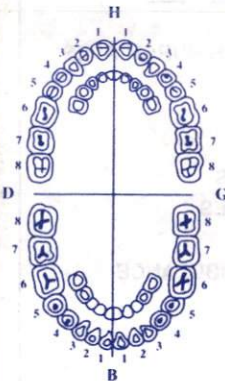
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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 canaux, 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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE		CCOEFFICIENT DES TRAVAUX												
	<table><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														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Daif Bassam**

Chirurgie Générale

Diplômé de la faculté de médecine  
et de pharmacie de Casablanca



**د. ضعيف بسام**

الجراحة العامة

خريج كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

- Chirurgie digestive, pariétale  
et endocrinienne
- Coelio chirurgie
- Urgences chirurgicales

جراحة الجهاز الهضمي  
و الفقد  
الجراحة بالمنظار  
المستعجلات الجراحية

**ORDONNANCE**

le... 11/11/23

Souhaini Ahmed

Age = 64

DR NEJHY WAFIA  
Radiologue

ATC<sub>3</sub> = ATA

Hemoglobine

Echographie

gastro

DR. DAIF BASSAM  
Chirurgie Générale  
N°PE: 121258289

344 Centre d'affaire Berrechid, Lot Nasrolah 2<sup>ème</sup> Etg N° 12, Berrechid  
344 مركز لبرشيد تجزئة نصرالله، الطابق الثاني رقم 12 برشيد

dr.daif.bassam@gmail.com

05 22 53 44 41 / 07 02 08 80 10



**PATIENT : Mr SOUHAIRI AHMED**

**EXAMEN(S) REALISE(S): ECHOGRAPHIE INGUINO SCROTALE**

**Compte Rendu d'Examen**

*Les deux testicules sont de taille normale et d'échostructure homogène sans nodule décelable en leur sein mesurant :*

*Le testicule droit : 50x30mm*

*Le testicule gauche : 53x25mm*

*Absence de microlithiase ou de dilatation de rete testis*

*Les épидидymes sont d'aspect normal sans dilatation tubulaire décelable*

*Hydrocèle bilatérale de faible abondance de contenu finement échogène.*

*Grande hernie inguino scrotale droite de contenu intestinal et épiploïque dont le collet mesure environ 18mm de diamètre.*

*Hernie inguino scrotale gauche de contenu épipélagique dont le collet mesure 12mm de diamètre.*

**AU TOTAL :**

***Hernie inguino scrotale bilatérale plus grande à droite.***

***Hydrocèle bilatérale de faible abondance de contenu finement échogène.***

**MERCI DE VOTRE CONFIANCE**

مصحة ابن زهر  
Clinique  
46, Lot El Amal - Berrechid

## CLINIQUE IBN ZOHR

## F A C T U R E

N° 2 222 / 2023 du 11/05/2023

Nom patient	SOUHAIRI AHMED	Entrée 11/05/2023	Sortie 11/05/2023
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
ECHOGRAPHIE TESTICULAIRE	1,00	500	500,00	500,00
			Sous-Total	500,00
Total				500,00

	Total général 500,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CINQ CENTS DIRHAMS	

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	500,00				500,00	0,00

  
 Clinique IBN ZOHR  
 46 Lot El Amal - Berrichid