

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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'I- Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

M23-011578

166213

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10406 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : MHAY ASMAA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 061169004 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 M23-0011578

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 : .....

Autorisation CNDP N° : AA-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)  
CNPSPY = 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 courant 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

DATE DE DEPOT

166213

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 1630237

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : 15 HAY ASMAA

Matricule : 10406 Fonction : CC 1 Poste :

Adresse : 08 Rue Abou FARIS BEN HAMDANE/NOU COSO,

Tél. : 066 116 9004 Signature Adhérent :

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : DR. EL ALADI AHMED CHAFAK Age :

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie :

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

A : Casablanca, le 25 AVR 2023

Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin

DR. EL ALADI AHMED CHAFAK

OPHTALMOLOGUE

24, Bd. Mohamed V - Casablanca

Tel: 022 22 98 41 BSM: 077 46 69 00

## **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
25 AVR 2022	00		300,-	 <b>MOUKEL ABDELLAH</b> <b>EPIHTACMOLOGUE</b> <b>M. Dr. Mohamed N - Casablanca</b> <b>tel: 022.22.96.11 GSM: 077.46.69.5</b>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **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	
EVE DE TORRAN OPTICIENNE 6, Boul. de l'Industrie 2000 CASALLANCA 15-0520 TÉL. 3370	Mois : Janv 1991 Jour : 23		Vernes conseils + Monture			4200 dh

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

*Docteur Abdellkader Moukel*

الدكتور عبد القادر مقل

Maladies et Chirurgies des Yeux

Strabologie - Angiographie - Laser

Femto-Lasik Myopie - Chirurgie de la Cataracte

Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse

لخاصي في أمراض وجراحة العيون

خريج كلية الطب بتولوز

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

**CASABLANCA, le Mardi 25 Avril 2023**

**Monsieur ELALAMI Ahmed Ghali**

**VERRES DE LOIN VERRES AMINCIS**

**ANTI REFLET**

**+ MONTURE**

**VERRES INCASSABLES**

Oeil Droit : (50° -0,75) -1,25

EVE OPTIC S.A.R.L.  
OPTICIEN  
6, Bd Mohammed V - Casablanca - 2 Mars  
Tél: 06 65 78 91 91  
Fax: 05 29 61 11 20 - GSM: 05 29 61 11 20

Oeil Gauche : (130° -1,00) -1,00

Dr. MOUKEL Abdellkader  
OPHTHALMOLOGUE  
24, Bd Mohamed V - Casablanca  
Tél.: 022 22 96 41 - GSM: 05 29 61 11 20



FACTURE  
N° 01 1934

RC : 337929

IF : 152941111

ICE : 000112884000066

Le : 22.05.23

M : Elalami Ahmed Ghali

Type des verres : organique blanc Avec  
traitement Ant-reflet bleu

Monture: plastique 600,00

Vision de loin :

OD	Axe 50	Cyl -0,75	Sph -1,25	1800,00
OG	Axe 130	Cyl -1,00	Sph -1,00	1800,00

Vision de Près :

OD	Axe	Cyl	Sph	
----	-----	-----	-----	--

OG	Axe	Cyl	Sph	
----	-----	-----	-----	--

Add : \_\_\_\_\_

Montant : 4200,00