

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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

N° W21-807707

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **3428** Société : **RAM**

Matricule : **3428** Société : **RAM**

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre

Nom & Prénom : **Zizi Mohammed**

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél : **0661 33 16 33** Total des frais engagés : ..... Dhs

ND  
166014

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : **Samaa** 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) : .....

## 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage, Avenue Mohammed VI, Casablanca - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 25 05 (LG) - Fax : 05 22 78 18 - [www.mupras.com](http://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
				INP : <input type="text"/>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

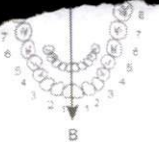
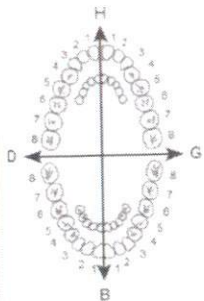
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date 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.

	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																																	DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>				
		FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																																																																				
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<table border="1"> <tr> <th colspan="4">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</th> </tr> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="4"> [Création, remont, adjonction]  Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </td> </tr> <tr><td colspan="4"></td></tr> <tr><td colspan="4"></td></tr> <tr><td colspan="4"></td></tr> <tr><td colspan="4"></td></tr> <tr><td colspan="4"></td></tr> <tr><td colspan="4"></td></tr> <tr><td colspan="4"></td></tr> <tr><td colspan="4"></td></tr> </table>	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				H				25533412	21433552			00000000	00000000			D		G		00000000	00000000			35533411	11433553			B				[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																																																																						
H																																																																						
25533412	21433552																																																																					
00000000	00000000																																																																					
D		G																																																																				
00000000	00000000																																																																					
35533411	11433553																																																																					
B																																																																						
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																																																						
		MONTANTS 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																																																																				



# 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 pratiqués 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 pratiqués par la sage femme                   |
| CNPSY | = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre  | AMM | = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute           |
| V     | = Visite de jour au domicile du malade par le médecin  | AMI | = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière                |
| VN    | = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin  | AP  | = Actes pratiqués par un orthophoniste                           |
| VD    | = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade  | AMY | = Actes pratiqués 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 couvrant et de petite chirurgie  | B   | = Analyses   |
| K     | = Actes de chirurgie et de spécialistes  |     |  |

## 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 remi sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- |  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| - L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE                  | - LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES |
| - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL                   | - L'ORTHOPEDIE                    |
| - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU             | - LA REEDUCATION                  |
| - PREVENTORIUM                                   |                                   |
| - SEJOUR EN MAISON DE REPOS                      | - LES ACCOUCHEMENTS               |
| - LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit        | - LES CURES THERMALES             |
| - d'actes répétés en plusieurs séances ou actes  | - LA CIRCONCISION                 |
| - globaux comportant un ou plusieurs échelonnées | - LE TRANSPORT EN AMBULANCE       |
| - dans le temps.                                 |                                   |

## 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° 423192

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : Zizi Mohammed  
Matricule : 3428 Fonction : RET Poste : RAM  
Adresse : 12 Rue Abdel Aziz Raza CAS  
Tél. : 061 331633 Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Benelkhal N. Samir Age : 27 | 04 | 68  
Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin : .....  
Nature de la maladie : Cancer du sein gauche  
S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances .....  
A [Signature] le 08.05.2013  
Durée d'utilisation 3 mois

**Dr. Abdelhak MOUDEN**  
Médecine Physique - Ostéopathie  
Bd de Bourgogne - Résidence  
Pharmacie RDC - Casablanca  
Tel. 05 22 29 78 05 - 22 29 78 41  
Fax : 05 22 20 94 41  
INPE : 091113860

### VOLET ADHERENT

DECLARATION

Matricule N° : .....

Nom du patient : .....

Date de dépôt : .....

Montant engagé

Nombre de pièces jointes : .....

N° 423192





## 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
08/05/2023		22 + 1000		

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	

## RADIOGRAPHIES

Désignation des coefficients	Montant des honoraires

## PRESCRIPTIONS MEDICAUX

	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

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	H			25533412	21433552		D	00000000	G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																			
	25533412	21433552																		
	D	00000000	G																	
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# الدكتور عبد الحق مودن Docteur Abdelhak Mouden

spécialiste en :

Médecine Physique - Ostéopathie.

Podologie - Mésothérapie.

Traumatologie du Sport

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier

Membre de la Société Française d'Ostéopathie



119, شارع بوركون - إقامة فنيسيا - الدار البيضاء

119, Avenue de Bourgogne - Résidence Phénicia - Rez de Chaussée Casablanca

Tél.: 05 22 27 85 61 / 05 22 29 76 97

E-mail : osteopathecasablanca@gmail.com / Site web : www.osteopathe-casablanca.com

Patente : 40507422 - ICE : 001954857000053 - INP 091113860

08/05/2023.

BEN CHEKROUN SANDA

*[Signature]*

*[Signature]* *[Signature]*

*[Signature]* *[Signature]*

TELE: 05 22 29 76 97

**Abdelhak MOUDEN**  
Médecine Physique - Ostéopathie  
119, Bd de Bourgogne, Résidence  
Phénicia RDC - Casablanca  
Tel.: 05 22 29 76 97 - 05 22 27 85 61  
Fax : 05 22 20 94 41  
INPE : 091113860



# الدكتور عبد الحق مودن

## Docteur Abdelhak Mouden

spécialiste en :

Médecine Physique - Ostéopathie.

Podologie - Mésothérapie.

Traumatologie du Sport

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier

Membre de la Société Française d'Ostéopathie



119, شارع بوركون - إقامة قنيسيا - الدار البيضاء

119, Avenue de Bourgogne - Résidence Phénicia - Rez de Chaussée Casablanca

Tél.: 05 22 27 85 61 / 05 22 29 76 97

E-mail : osteopathecasablanca@gmail.com / Site web : www.osteopathe-casablanca.com

Patente : 40507422 - ICE : 00195485700053 - INP 091113860

08/05/23

BENCHEROUN Samia

PHARMACIE LAHJAJMA  
Nadia ZEMMAMA  
Avenue du Phare - Résidence Taghazout  
Casablanca - Tél.: 05 22 20 28 67

87.40

① Dolico x 12

149.50

② Curaflex gel 2 mois  
1 gelule/j

③ Biflex gel 2 mois

52.80

④ DORS 20 148  
1/2

Dr. Abdelhak MOUDEN  
Médecine Physique - Ostéopathie  
119, Avenue de Bourgogne, Résidence  
Phénicia - Casablanca  
Tél.: 05 22 29 76 97 / 05 22 27 85 61  
Fax : 05 22 29 76 97  
INPE : 091113860