

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

**MUPRAS**  
Adresses utiles utiles  
0 Reclamation contact@mupras.com  
0 Prise en charge pec@mupras.com  
0 Adhésion et changement de statut adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-05 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**MUPRAS** :Centre Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-807711

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 5224	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : El Oafia omar Abdallah			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 06.61.06.73.22	Total des frais engagés :	Dhs	

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin	<input type="text"/>		
Cachet du médecin :	<input type="text"/>		
Date de consultation :	omar Abdallah		
Nom et prénom du malade :	Age:		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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

### 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 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 Particulier	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.

The form includes several sections:

- DEBUT D'EXECUTION**: A rectangular box for the start date.
- FIN D'EXECUTION**: A rectangular box for the end date.
- O.D.F PROTHESES DENTAIRES**: A diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth (1-8) and arrows indicating orientation (D, G, H, B).
- DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**: A section with two sets of numbers under headings H and G:
 

25533412	21433552
00000000	00000000

 Below these are the numbers:
 

00000000	00000000
35533411	11433553
- [Création, remont, adjonction]**: A note indicating functional, therapeutic, and necessary to the profession.
- MONTANTS DES SOINS**: A rectangular box for treatment amounts.
- DATE DU DEVIS**: A rectangular box for the date of the estimate.
- DATE DE L'EXECUTION**: A rectangular box for the date of execution.
- VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**: A rectangular box for the practitioner's visa and stamp.
- VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**: A rectangular box for the practitioner's visa and stamp.

# 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)
CNFSY	= 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                     | - 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 EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit           | - LES CURES THERMALES             |
| - d'actes répétés en plusieurs séances ou actes     | - LA CIRCONCISION                 |
| - globaux comportant un ou plusieurs échelonnements | - 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

5224

DATE DE DEPOT

**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc



AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 91 26 46 / 2649 / 2649 / 2649  
FAX : 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

FEUILLE DE SOINS 20

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : Elofir O Map - Abdou Fonction : Poste :  
Matricule : 5224 Poste :  
Adresse : Riadou Nadi 88 Rue Benkhalifa Belg  
Tél. : 0661067722 Signature Adhérent : Ag1

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Mme ELOFIR O MAP - ABDOU Age 29/11/11/61

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent

Conjoint

Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : ostéite ostéite

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

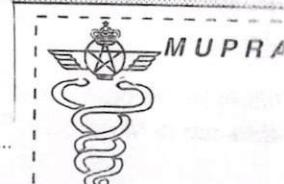
A Coza, le 30/05/2023 Signature et cachet du médecin

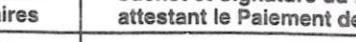
Durée d'utilisation 3 mois

### VOLET ADHERENT

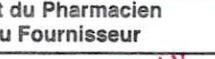
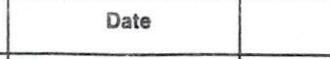
DECLARATION 20

Matricule N° : 5224  
Nom du patient : Elofir  
Date de dépôt : 21/06/2023  
Montant engagé 300 + 189,90



Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
30.05.2023	G	1,300,00 =	DU	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 	30.5.03	183.95

## **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
		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.

SOINS ET PROTHÈSES 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 canal ainsi que le bilan de l'ODF.			
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			CŒFFICIENT DES TRAVAUX
			MONTANT DES SOINS
			DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION
<b>C.O.F. PROTHÈSES DENTAIRES</b>			
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412	21433552
	D	00000000	00000000
	B	00000000	00000000
	G	35533411	11433553
			CŒFFICIENT DES TRAVAUX
			MONTANT DES SOINS
			DATE DU DEVIS
			DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX			

# Docteur GHALLAB G.

Spécialiste de la faculté de médecine de Paris

Maladies et Chirurgie des yeux

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris

Angiographie - Laser - Echographie

Chirurgie de la cataracte

Chirurgie de la Myopie

8, Rue Assad Bnou Zarrara Place du Maârif - Casablanca

Tél. : 05 22.99.20.46 / 47



# الدكتورة غزلان غلاب

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

خريجة جامعة باريس

8، زنقة أسد بن زراة ساحة المعارف - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22.99.20.46 / 47

Casablanca le 30/5/23 ..... الدار البيضاء في

Mr Elofir OMAR A Bdach

us. g.

callyre Ciloxan

1 gtt x 4 / f/j

6000

Poeme de S. Ciloxan le -

7800

f/j

Lavage de S. Serree physiologique

WTC RAS sucre 29/5

Dr. NABIL  
DOCTEUR EN CHIRURGIE  
Tél. 05.22.98.47.73  
76, Rue Assad Bnou Zarrara  
Casablanca

6 118001 070176  
CILOXAN 0.3% Callyre, flacon de 5 ml  
A.M.M. N° 151 DMP/21/NRQ  
Laboratoires Sothema  
PPV : 45,90 DHS Remboursable AMO 406434

CILOXAN® 0,3% O  
POMMADÉ OPHTALMIQUE  
Tube de 3,5 g Remboursable AMO  
Laboratoires Sothema  
A.M.M. N° 412/18DMP/21/NRQ  
PPV : 60,00 DHS

6 118001 070855  
692274 MA

Dr. GHALLAB G.  
ORHTALM DOG  
Rue Assad Bnou Zarrara  
Place du Maârif  
99, Casablanca