

## 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

M23-0021905

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3248 Société : 170548

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BECCAL Sidki

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) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

### 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

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23-021905

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 :



### 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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

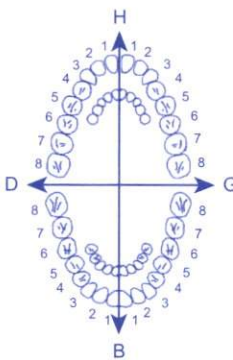
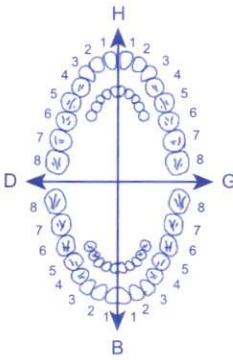
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

**Important :**

Veillez 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		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>               H                25533412                00000000                D                00000000                35533411             </div> <div>               21433552                00000000                G                00000000                11433553                B             </div> </div>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	(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



# 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 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 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 : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83  
FAX : 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 867232

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : BELLAL SIDKI  
Matricule : 3248 Fonction : RETRAITE Poste :  
Adresse : TAHANADON  
Tél. : 06 68 40 61 44 Signature Adhérent : [Signature]

## A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : BELLAL SIDKI Age 07 / 06 / 1956  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin : 27/11/2023  
Nature de la maladie : Soins dentaires  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances  
A MAHARRACH le 27/07/2023 Signature et cachet du médecin  
Durée d'utilisation 3 mois

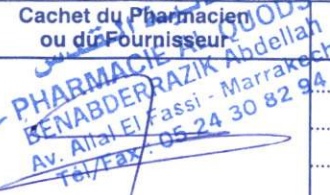
**AHMAM MAMANE**  
CHIRURGIEN DENTISTE  
RES. KAVTAR, APPEL 1 AV. ALLAL  
EL FASSI, MAHARRACH  
TEL : 0524 30 11 11




## 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
	27/07/23	181,10

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	27/7/23	Rapportage 2,5	200 DH

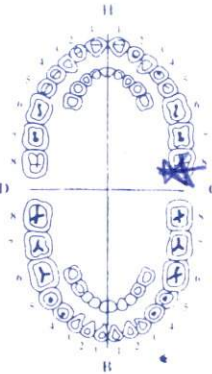
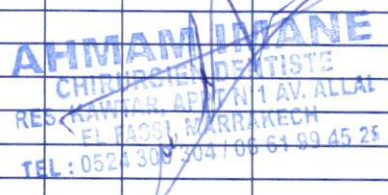
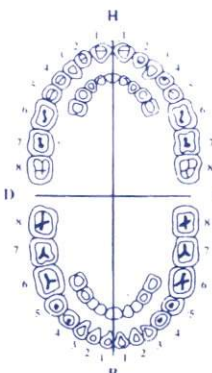
## AUXILIAIRES MEDICAUX

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 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												
	28	Extraction	D12	D12	5000	27/07/23	27/07/23												
																			
<b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b>				<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>															
				<table border="1"> <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				COEFFICIENT 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'EXECUTION



27/07/2023 10:14:39

[EXPOSITION TOTALE EXAMEN]

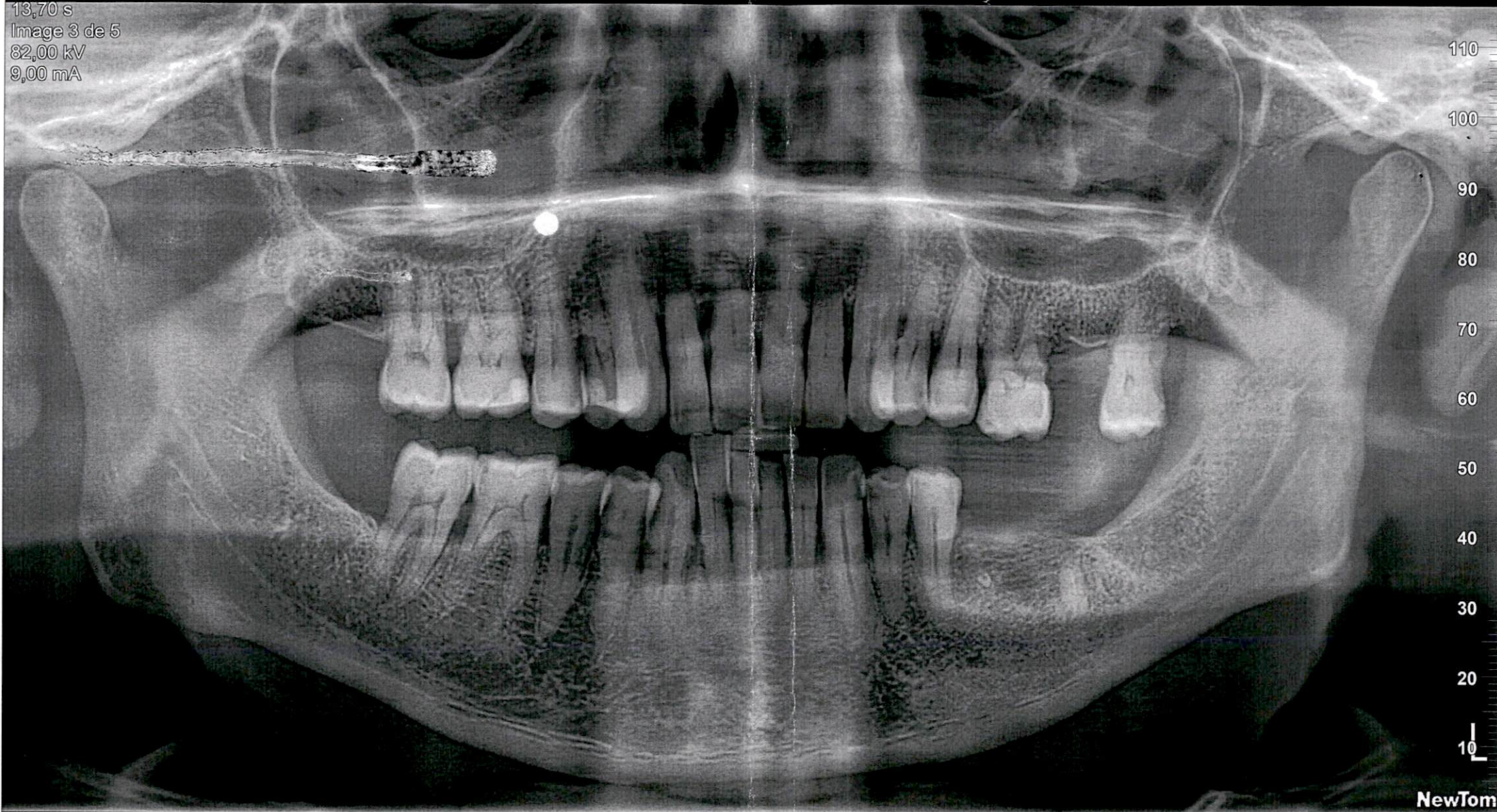
191,000 mGycm<sup>2</sup>

13,70 s

Image 3 de 5

82,00 kV

9,00 mA



NewTom

Cabinet Dr Ahmam imane

Chirurgien dentiste

Diplômée de la faculté

Médecine dentaire de Monastir-  
Tunisie

الدكتورة أحمام إيمان

طبيبة جراحية للأسنان

بليّة طب الأسنان بالمنستير تونس

FACTURE N°161123

Marrakech, le 27-7-2023

Nom : BELLAL

Prénom ; SIDI

Acte ; Extraction de la 28

Coefficient : D12

Montant global : 500 dh

Arrêter la présente facturée à la somme de cinq cent dirhams  
-----Dirhams

Signature : -----

AHMAM IMANE  
CHIRURGIEN DENTISTE  
RES. KAWTAR, APT N°1  
EL FASSI MARRAKECH  
TEL : 0524 300 304 / 06 61 59 45 28

IF :40171219 - CNSS :4114683 - TP :45396123 - ICE :001612797000012

Imm.kawtar app.1 av.allal el fassi (à côté de l'école okade des langues)-Marrakech

(قاعة كوثر شقة رقم 1 شارع علّال الفاسي (قرب مدرسة عكاظ للغات) -مراكش

الهاتف : 0524300304 - المحمول : 0661994525 - GSM



مراكش، في : 27/11/23 : Marrakech, le :

## Facture

Nom : BELLALE SIDKI

Rx panoramique dentaire  
au prix de 200 DH

الدكتورة الشرقاوي الفاسي حنان  
Dr. CHERKAOUI EL FASSI Hanane  
Chirurgien Dentiste  
Av. Allal El Fassi Daoudiate  
MARRAKECH - TÉL : 05 24 30 60 59

Dr. IMANE AHMAM  
Chirurgien Dentiste  
Diplômée de la Faculté de Médecine  
Dentaire de Monastir - Tunisie

الدكتورة ايمان احمام

طبيبة جراحة الأسنان  
خريجة كلية طب الأسنان  
بالمنتصر - تونس

BELLAL  
STOKI

ORDONNANCE

Marrakech Le :

27/07/2023

1/ Radio Pourcainque

الدكتورة ايمان احمام  
Dr. IMANE AHMAM  
Chirurgien Dentiste  
Av. Allal El Fassi Dentiste  
MARRAKECH TEL : 05 24 30 60 59

AHMAM IMANE  
CHIRURGIEN DENTISTE  
RES. KAWTAR, PT N°1 AV. BELLAL  
EL FASSI, MARRAKECH  
TEL : 0524 300 304 / 06 61 99 45 25

إقامة كوثر شقة رقم 1 شارع علل الفاسي (قرب مدرسة عكاظ) مراكش  
Imm. Kawtar App. 1 Av. Allal El Fassi (à côté de l'école okade des langues) Marrakech  
IF : 40171219 - CNSS : 4114683 - TP : 45396123 - ICE : 001612797000012  
الهاتف : 06 61 99 45 25 - المحمول : 05 24 30 03 04 - GCM :



LOT : 22E007  
PER : 09 2026

NO - DOL FEN 400MG  
CP PELL B30

P.P.V : 30DH00



6 118000 061878

**ZAMOX® Adulte**  
AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE  
1g/125mg

12 SACHETS



6 118000 041115

PPV: 98DH00  
PER: 03-26  
LOT: M 983

LOT : 23E005  
PER : 02 2026

RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20



P.P.V : 53DH10



6 118000 060833

ORDONNANCE

Marrakech Le :

24/11/2023

98,00 1/ ZANON (M).  
2 sachets par 100g



34,00 2/ Nodol - Fen (Luooy).  
2 cp/jour - 100g



53,10 3/ Relaxol.  
3 cp/jour - 100g



181,10



صيدلية القدس  
PHARMACIE AL QUODS  
BENABDERRAZIK Abdellah  
Av. Allal El Fassi - Marrakech  
Tél/Fax : 05 24 30 82 94

إقامة كوثر شقة رقم 1 شارع علل الفاسي (قرب مدرسة عكاظ) مراكش  
Imm. Kawtar App. 1 Av. Allal El Fassi (à côté de l'école okade des langues) Marrakech  
IF : 40171219 - CNSS : 4114683 - TP : 45396123 - ICE : 001612797000012  
الهاتف : 06 61 99 45 25 - المحمول : 05 24 30 03 04 - GCM