

# 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.



## Déclaration de Maladie

M23-0029250

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	1257	Société :	174377
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BouRich Mohammed			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0520583920		Total des frais engagés : ..... Dhs	

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	/ /		
Nom et prénom du malade :	Age: ..... / /		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie :			
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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) :

## 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.

## 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

## 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 Cœfficients	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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

## **[Création, remont, adjonction]**

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  
 YD = 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 courante et de petite chirurgie  
 K = Actes de chirurgie et de spécialités

## 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 EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit
- d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
- globaux comportant un ou plusieurs actes échelonnés dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPÉDIE
- 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 Prevoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

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° 0282424

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : Bouricht Mohammed

Matricule : 1257 Fonction : Retraite Poste :

Adresse : Bot Haj Fatch Rue f N° 15 ouaga OASIA

Tél. : 0520 5839 20 Signature Adhérent : 

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Chaabane Khadja 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

Dr. Elsayyad Mohamed  
Professeur en Cardiologie  
cardiologue Interventionnel  
INPE: 101110311  
Centre de Cardiologie  
0525 2269 10 44

A : 0282424, le 5/09/2023 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

### VOLET ADHERENT

DECLARATION N° 0282424

Matricule N° : 1257

Nom du patient : Chaabane Khadja

Date de dépôt : 4-09-2023

Montant engagé : 2192,40

Nombre de pièces jointes : 1 pièce



# 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
05.09.23	CS		300	<i>Professeur J. M. TAHIRI cardiologue Interventionnel INPE 101 100 311 Cabinet de Cardiologie Tél: 05 22 69 10 44</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
<i>PHARMACIE HAFIZI Dr M. TAHIRI JOUTOU</i>	06 Sept 2023	INP1092029990 1892.40 DA

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

SOINS DENTAIRES	Dents traitées	Nature des Soins	Coefficient
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H 25533412 21433552	G 00000000 00000000	Coefficient DES TRAVAUX
	D 00000000 00000000	B 35533411 11433553	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**



Lauréat de la f

Diplôme de cardiologie interventionnelle de la renommée René Descartes I

Professeur d'enseignement supérieur à la faculté de médecine et de pharmacie à Ra

Ex Chef de service cardiologie interventionnelle à l'hôpital militaire Mohamed V Rabat

Professeur d'enseignement supérieur à la faculté de médecine et de pharmacie à Casablanca

خريج كلية الطب والصيدلة بباريس

دبلوم في قسطرة القلب من كلية الطب روني بيكارت باريس

أستاذ التعليم العالي بكلية الطب والصيدلة بباريس

رئيس مصلحة قسطرة القلب بـ

أستاذ التعليم العالي لفخران جزئي

أستاذ التعليم العالي لفخران جزئي

49,40

LOT 221039

EXP 07/2025

PPV 49.40DH

cience شاء

4

49,40

Maphar  
Bd Alkemia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 10mg cp pell b30  
P.P.V : 167,00 DH



Casablanca, le : 05/09/2023 الدار البيضاء، في :

## Mme chaabane khadija

49.40 x 6 = 296.40

## 1 - AMEP 5 MG

49,40

6 49,40

167.00 x 6 = 1002.00

## 2 - CRESTOR 10 MG

99.00 x 6 = 594.00

## 3 - MAGMINE

1 comprimé par jour le soir, pendant 6 Mois

MBA8 0326  
LOT PER  
Prix 99.00

MBA8 0326  
LOT PER  
Prix 99.00

aphar  
Alkemia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
estor 10mg cp pell b30  
P.P.V : 167,00 DH



T= 1892.40 DH

MBA8 0326

LOT PER

Prix 99.00

06 Sept 2023

تجزئة سلوان 10-11 مركز سامي، شارع ملوية الطابق الثاني رقم 20 الولفة "قب مستشفى الشيخ خليفة بن زايد"  
Lot Selouane 10-11 Sami Centre Rue Melouia 2<sup>ème</sup> étage N°20 Oulfa "près de hôpital cheikh khalifa HCK"

05 22 69 10 44 06 61 70 09 04 contact.cabinetdrsabry@gmail.com

Maphar  
Bd Alkemia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 10mg cp pell b30  
P.P.V : 167,00 DH



Maphar  
Bd Alkemia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 10mg cp pell b30  
P.P.V : 167,00 DH



Maphar  
Bd Alkemia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 10mg cp pell b30  
P.P.V : 167,00 DH



Dr. Sabry  
Professeur en Cardiologie  
Cardiologue Interventionnel  
INPE 101 101 11  
Cabinet de Cardiologie  
Tél: 05 22 69 10 44

Maphar  
Bd Alkemia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 10mg cp pell b30  
P.P.V : 167,00 DH

