

# 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

- Reclamation : 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.

M23-0017049

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3110 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Zaid LARBI

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 : .....

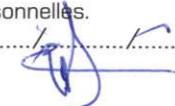
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

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) : .....





# 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

DATE DE DEPOT



# MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance 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° 324777

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : **ZAID LARBI**  
 Matricule : **3110** Fonction : **RETRAITÉ** Poste :  
 Adresse : **90 My AL RAISSI AL AAROUT NADOR**  
 Tél. : **06 61 15 58 08** Signature Adhérent : 

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : **ZAID LARBI** Age **010 019 145**  
 Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin : **15/09/2008**

Nature de la maladie : **HERIES / MIGRAINES**

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

**.....**

Centre d'Hémodialyse d'Oujda-Isly  
 Dr HOUSSAIN MOHAMMED  
 NEFROLOGUE  
 RUE HASSAN II - OUDAI  
 TEL : 05 26 30 00 Fax 05 36 70 50 04  
 INP : 060001167

Durée d'utilisation 3 mois

### VOLET ADHERENT

#### DECLARATION

Matricule N° : **3110** N° 324777  
 Nom du patient : **ZAID LARBI**  
 Date de dépôt : **15 09 2008**  
 Montant engagé **538,60**  
 Nombre de pièces jointes :



## 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
19/12/13			5	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmacie Marina</b> صيادلية مارينا <b>Dr Mounir Fethi</b> Tél: 05 36 60 00 00	01/09/2023	538,60 DH

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مصحة أمراض الكلى والتصفية الدموية  
Clinique d'Hémodialyse d'OUJDA-ISLY

Docteur Mohammed HORMI

Néphrologue

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris



الدكتور محمد حرمي

اختصاصي في أمراض الكلى

خريج كلية الطب بباريز

Oujda, le ..... 01.09.2013

..... & 259,00) aciclovir 400 mg 250c

2x10,30 DH Doliprane 500mg 250c

538,60 DH

Pharmacie Marina  
صيدلية مارينا  
Dr Mounir Fethi  
Tél: 05 36 63 33 00

Centre d'Hémodialyse d'Oujda-Isly  
Dr. H. HORMI Mohammed  
9, Rue Ibn Khaldoun - Oujda (Derrière Cinéma le Paris)  
Tél: 05 36 70 30 00 Fax: 05 36 70 30 04  
INP 080001167

9، زاوية شارع علال بن عبد الله و زنقة ابن خلدون - وجدة (وراء سينما باريز)  
9, Angle Bd. Allal Ben Abdellah et Rue Ibn Khaldoun - Oujda (Derrière Cinéma le Paris)  
Tél. : 05 36 70 30 00 - Fax : 05 36 70 30 04

20 قرصاً قابلاً للكسر

500 ملغ



من 27 كلغ

الأوجاع و الحمى

Doliprane® 500 mg  
Paracétamol

20 Comprimés sécables



6 118000 040347

## COMPOSITION :

Paracétamol ..... 500 mg

Excipients ..... qsp un comprimé

## INDICATIONS :

Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Réservé à l'adulte et à l'enfant à partir de 27 kg (soit environ à partir de 8 ans).

500 ملغ

التركيبة :

بارااسيتامول

سوغات كمية كافية لقرص واحد

دواء المستعمال :

يتم استخدامه لعلاج الآلام و/أو الحمى على سبيل التال في حالة الصداع و الآكتافونزا و آلام الأسنان و آلام الجسم و آلام الدورة الشهرية. هذا التقديم مخصص للبالغين و الأطفال من 27 كلغ ( حوالي 8 سنوات).

 PPV:10DH30  
 PER:04/26  
 LOT: M1366

20 Comprimés sécables

DOULEURS &amp; FIEVRE



Dès 27 kg

20 قرصاً قابلاً للكسر

500 ملغ



من 27 كلغ

الأوجاع و الحمى

Doliprane® 500 mg  
Paracétamol

20 Comprimés sécables



6 118000 040347

## COMPOSITION :

Paracétamol ..... 500 mg

Excipients ..... qsp un comprimé

## INDICATIONS :

Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Réservé à l'adulte et à l'enfant à partir de 27 kg (soit environ à partir de 8 ans).

500 ملغ

التركيبة :

بارااسيتامول

سوغات كمية كافية لقرص واحد

دواء المستعمال :

يتم استخدامه لعلاج الآلام و/أو الحمى على سبيل التال في حالة الصداع و الآكتافونزا و آلام الأسنان و آلام الجسم و آلام الدورة الشهرية. هذا التقديم مخصص للبالغين و الأطفال من 27 كلغ ( حوالي 8 سنوات).

 PPV:10DH30  
 PER:04/26  
 LOT: M1366

20 Comprimés sécables

DOULEURS &amp; FIEVRE



Dès 27 kg

## COMPOSITION

Aciclovir (DCI) ..... 400 mg

Excipients : q.s.p. ..... 1 comprimé

Excipient à effet notoire : Lactose.

Médicament autorisé n° : 24/14 DMP/21

Respecter les doses prescrites

احترم الجرعات المحددة

Tableau A

جدول A

## INDICATIONS, CONTRE-INDICATIONS, POSOLOGIES ET PRÉCAUTIONS

D'EMPLOI : lire la notice avant utilisation.

**TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS**

Conserver à une température inférieure à 25 °C.

**CICLOVIRAL®**  
Aciclovir 400 mg

25/100



**Voie orale**

**25 comprimés**

## COMPOSITION

Aciclovir (DCI) ..... 400 mg

Excipients : q.s.p. ..... 1 comprimé

Excipient à effet notoire : Lactose.

Médicament autorisé n° : 24/14 DMP/21

Respecter les doses prescrites

احترم الجرعات المحددة

Tableau A

جدول

## INDICATIONS, CONTRE-INDICATIONS, POSOLOGIES ET PRÉCAUTIONS

D'EMPLOI : lire la notice avant utilisation.

**TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS**

Conserver à une température inférieure à 25 °C.

**CICLOVIRAL®**  
Aciclovir 400 mg

LOT 230158

EXP 01/26

PPV 259DH00

Voie orale

25 comprimés

20 قرصا قابلا للكسر

500 ملغ



من 27 كلغ

الأوجاع و الحمى

Doliprane® 500 mg  
Paracétamol

20 Comprimés sécables



6 118000 040347

## COMPOSITION :

Paracétamol ..... 500 mg

Excipients ..... qsp un comprimé

## INDICATIONS :

Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses.  
Réservé à l'adulte et à l'enfant à partir de 27 kg (soit environ à partir de 8 ans).

500 ملغ

التركيبة :

باراسيتامول

سواغات كافية لقرص واحد.

دواعي الاستعمال :

يتم إستخدامه لعلاج الألم و/أو الحمى على سبيل اللذال في حالة الصداع والأنفلونزا وآلام الأسنان وآلام الجسم والألم الدورة الشهوية.  
هذا التشييم مخصص للبالغين والأطفال من 27 كلغ ( حوالي 8 سنوات).

**Doliprane®**  
Paracétamol 500 mg

20 Comprimés sécables

 PPV:10DH30  
PER:04/26  
LOT:M1366

DOULEURS &amp; FIEVRE



Dès 27 kg