

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8359 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Bansbina, Khalid

Date de naissance :

Adresse :

A 99377

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

|            |  |
|------------|--|
| <b>SF</b>  | = Actes pratiqués par la sage femme et relevant de sa compétence |
| <b>SFI</b> | = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme                   |
| <b>AMM</b> | = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute          |
| <b>AMI</b> | = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière                |
| <b>AP</b>  | = Actes pratiqués par un orthophoniste                           |
| <b>AMY</b> | = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste                      |
| <b>R-Z</b> | = Electro - Radiologie   |
| <b>B</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 ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit           | - LES ACCOUCHEMENTS               |
| - d'actes répétés en plusieurs séances ou actes     | - LES CURES THERMALES             |
| - globaux comportant un ou plusieurs échelonnements | - LA CIRCONCISION                 |
| - dans le temps.                                    | - 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 : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883  
FAX : 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 892445

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : BOUBIBINA KHACID

Matricule : 8359 Fonction : CDB

Poste :

Adresse :

Tél. :

Signature Adhérent :

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : BOUBIBINA Dalak Age 112 10 018

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

A Dalak le 21/12/2002

Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin

### VOLET ADHERENT

#### DECLARATION

892445

Matricule N° : 8359  
Nom du patient : BOUBIBINA KHACID  
Date de dépôt :  
Montant engagé :  
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                  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 27/12/23        | S                 |                       | + 3927                          | <i>DR. AN LARA</i><br>Chirurgien Maxillo Facial<br>Anastasia Naser<br>062225727 |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                 | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| pharmacie<br>laplozo<br>BUI NAKHLA PHARMA<br>22-30-09 7/06 66 74 74 82 | 27/12/9923 | 267,60                |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

| Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | 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**

مركز بنر أنزاران لأمراض الأذن والحنجرة وجراحة الوجه والفك وتقديم الدوار والصمك

Centre Bir Anzarane d'O.R.L. et de Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale

Exploration du Vertige, de la Surdité et de l'Allergie

Dr. Zine Elabidine NOURALLAH LARAQUI

Professeur Agrégé

ORL - Chirurgie du Cou

Chirurgie Maxillo-Faciale et du Ronflement

Esthétique de la face

Injections et Comblement

Exploration des Vertiges et de la Surdité

Allergologie

الدكتور زين العابدين نور الله العراقي

أستاذ مبرز

أمراض الأذن والأذن والحنجرة والشخير

تجميل الوجه و جراحة الوجه والفك

تقديم الدوار والصمم

أمراض الحساسية

Casablanca le 27/12/2023

**Mademoiselle BOUSBINA  
Malak**

190,00

Aeromax



Deux pulvérisations dans chaque narine 1 fois par jour le matin pendant 30 Jours.



58,00

Histanorm boite de 30 comprimés

1 comprimé par jour le matin, pendant 30

HISTANORM® 10 mg

PARANTAL

19,60

parantal 1000

1 comprimé jusqu'à 3 fois à la demande



PPV 58DH00

EXP 03/2025  
LOT 31008 1

Ts 267,60



Dr. Z. N. Lar  
Professeur  
ORL - Chirurgie Maxillo-Faciale et de l'Allergie  
Bir Anzarane 0522222222  
05.22.2022

111، شارع بنر أنزاران إقامة رمزى، (ب). الطابق الثاني. المعارض. الدار البيضا.

119, Bd BIR ANZARANE Résidence RAMZI (B) - 2ème étage - MAARIF - CASABLANCA 20330 - ☎ : 05 22 25.72.72

E-mail : laraquinezelabidine@gmail.com - ICE : 001634075000037 - INPE : 091092874