

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



19/03/24

Déclaration de Maladie

M23- N° 0036042

### 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

- 0 Réclamation : 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° 09-08 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

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1591 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : .....

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° : A-A-215 / 2019

PR4FR05/V2/20-10-2023

### 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

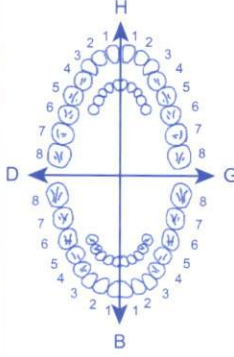
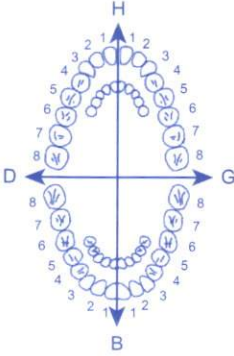
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">             H              25533412              00000000              D              00000000              35533411           </div> <div style="text-align: center;">             21433552              00000000              G              00000000              11433553              B           </div> </div>			COEFFICIENT 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 courante et de petite chirurgie  
 K = Actes de chirurgie et de spécialités

- SF = Actes pratiques par la sage femme et relevant de sa compétence  
 SFI = Soins infirmiers pratiques par la sage femme  
 AMM = Actes pratiques par le masseur ou le kinésithérapeute  
 AMI = Actes pratiques par l'infirmier ou l'infirmière  
 AP = Actes pratiques par un Orthophoniste  
 AMY = Actes pratiques 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 actes échelonnés 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 : 91.26.46/2648/2649/2857/2883  
FAX : 91.26.52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail: mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS N° 0175348

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : Mme MOURID SAIDA  
 Matricule : 1591 Fonction : Retraite Poste :  
 Adresse : BD ANOUAL Résidence ANKORSSIA Im 48 Apt 6  
 Tél. : 0661214946 Signature Adhérent : [Signature] 3e étage  
 CASA

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : MOURID SAIDA Age :    /    /     
 Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐  
 Date de la première visite du médecin :  
 Nature de la maladie : AFFECTION OPHTALMOLOGIQUE  
 S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances :  
 A    le    /    /     
 Dr. BERRADA Mohammed  
 OPHTALMOLOGISTE  
 104, Bd. El Abdelmoumen, 20000 ANASSER  
 Tél : 0522 99 40 41  
 E-mail: berrada-hammou@maroc.ma  
 - 6 FEV. 2024  
 Durée d'utilisation 3 mois

### VOLET ADHERENT

DECLARATION N° 0175348  
 Matricule N° : 1591  
 Nom du patient : Mme MOURID SAIDA  
 Date de dépôt : 16 19 FEVRIER 2024  
 Montant engagé : 350,00 DH visible + 2439,60 DH  
 Nombre de pièces jointes : pharmacie





# 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
6 FEV. 2024		2	350	Dr. BERRADA Mohammed OPHTALMOLOGISTE Rég. 86. Abdoulmoumen, Ase Tél: 0422 99 40 40 / 0522 99 40 41 Email: berrada.hamid@gmail.com

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
INP 092000918	6/2/24	2439,60

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

SOINS DENTAIRES	Dents traitées	Nature des Soins	Coefficient
<div> COEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div> MONTANT DES SOINS </div> <div> DEBUT D'EXECUTION </div> <div> FIN D'EXECUTION </div>			

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	H		G	25533412	21433552		00000000	00000000		00000000	00000000		35533411	11433553		B			<div> COEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div> MONTANT DES SOINS </div> <div> DATE DU DEVIS </div> <div> DATE DE L'EXECUTION </div>
	H		G																	
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	(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



Docteur Mohammed Berrada  
Ophtalmologiste  
Maladies et chirurgie des yeux  
Medecin Agrée pour la visite  
Médicale d'aptitude à la conduite  
Correction de la myopie au laser



**SYNTHEMEDIC**

22-24 Rue Zoubair Ibnou  
El Aouam 20500 Casablanca

P.P.C: 144.10

**SYNTHEMEDIC**

22-24 Rue Zoubair Ibnou  
El Aouam 20500 Casablanca

P.P.C: 144.10

**SYNTHEMEDIC**

22-24 Rue Zoubair Ibnou  
El Aouam 20500 Casablanca

P.P.C: 144.10

**SYNTHEMEDIC**

22-24 Rue Zoubair Ibnou  
El Aouam 20500 Casablanca

P.P.C: 144.10

PPC: 105, 00

0,4%  
(4 mg/ml)

06 février 2024

Casablanca, le .....

Mme MOURID Saïda

PPC: 105, 00

0,4%  
(4 mg/ml)

**CROSS collyre**

10500x15  
1575,00

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux pendant 3 Mois

**VISMED gel**

144,10x6 = 864,60

1 goutte 3 fois par jours, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

T = 2439,60

LOT RC0122  
2025/06

PPC: 105,00

UDI



PPC: 105,00

LOT RC0123  
2026-04  
2023-05

LOT RC0122  
2025/06

PPC: 105,00

LOT RC0123  
2026-04  
2023-05

**SYNTHEMEDIC**

22-24 Rue Zoubair Ibnou  
El Aouam 20500 Casablanca

P.P.C: 144.10

0,4%  
(4 mg/ml)

Dr. BERRADA Mohammed  
OPHTALMOLOGISTE

104 Bis Rd Abdelmoumen, Rca ACAPULCO

Tél.: 0522 99 40 40 / 0522 99 40 41  
E-mail: berrada.hamid@gmail.com

LOT RC0122  
2025/06

PPC: 105,00

LOT RC0122  
2025/06

PPC: 105, 00

PPC: 105,00

0,4%  
(4 mg/ml)

Résidence Acapulco ( au dess...

Tél.: 05 22 99 40 40 / 41 - GSM: 06 62 15 00 83 - le hantaf - E-