

# 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.

19/1/2024

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1891 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) : .....



## 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

## ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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.

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
<b>POUR L'ADHERENT</b>	
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 repétés 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 № 0175348

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : Mme MOURID SMIDA  
Matricule : 1591 Fonction : Retraité Poste :  
Adresse : B.D ANOUAL Résidence AND COUSSET 1 MA 48 App 6  
Tél. : 0661214946 Signature Adhérent : M. Mourid 3e etage  
CASA

## A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : MOURID SMIDA 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 ..... / ..... / .....  
Durée d'utilisation 3 mois

Dr. BERRADA Mohammed  
OPHTALMOLOGISTE  
104, BIS Bd. Abdelmoumen, RÉCAMPULCO  
Téléphone 0522 99 40 41  
Signature et cachet du médecin  
E-mail: berrada.hammed@gmail.com

VOLET ADHERENT  
№ 0175348

DECLARATION  
Matricule N° : 1591  
Nom du patient : Mme MOURID SMIDA  
Date de dépôt : le 19 FEB 2024  
Montant engagé 350,00 DH visible + 2439,60 DH  
Nombre de pièces jointes : 1  
pharmacie



## 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
- 6 FEV 2021	C 2	350.-		Dr. BERRADA Mohammed OPHTALMOLOGISTE Bd. Abdelloumouen, Rue ACPULCO 122 99 40 40 / 0522 99 40 11 berrada.hamid@gmail.com

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	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 PR THESES 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.

**O.D.F**  
**PROTHESES DENTAIRES**

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

		<table border="1"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411 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																			
CŒFFICIENT DES TRAVAUX																			
MONTANT DES SOINS																			
DATE DU DEVIS																			
DATE DE L'EXECUTION																			

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

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



SYNTHMEDIC

22-24 Rue Zoubir Ibnou  
El Aouan 20500 Casablanca

P.P.C: 144.10

SYNTHMEDIC

22-24 Rue Zoubir Ibnou  
El Aouan 20500 Casablanca

P.P.C: 144.10

SYNTHMEDIC

22-24 Rue Zoubir Ibnou  
El Aouan 20500 Casablanca

P.P.C: 144.10

PPC: 105,00

0,4%  
(4 mg/ml)

Casablanca, le .....

PPC: 105,00

0,4%  
(4 mg/ml)

Mme MOURID Saida

06 février 2024

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 R 00122  
2025/06

PPC:105,00

PPC:105,00  
(10)RC0123

50 LOT RC0123  
2026-04  
2023-05

PPC:105,00  
(10)RC0123

LOT RC0123  
2026-04  
2023-05

SYNTHMEDIC  
22-24 Rue Zoubir Ibnou  
El Aouan 20500 Casablanca

P.P.C: 144.10

0,4%  
(4 mg/ml)

Dr. BERRADA Mohammed  
OPHTHALMOLOGISTE  
104, bis Bd Abdelloumen, Rés. ACAPULCO  
Tél.: 0522 99 40 40 / 0522 99 40 41  
E-mail: berrada.hemid@gmail.com

PPC: 105,00

SYNTHMEDIC  
22-24 Rue Zoubir Ibnou  
El Aouan 20500 Casablanca

P.P.C: 144.10

بوعبد المؤمن البيضا

Résidence Acapulco (au dessus)

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

(0) PPC:105,00  
(1) (10)RC0123  
LOT RC0123  
2026-04  
2023-05

LOT R 00122  
2025/06  
PPC:105,00

33959760550  
400  
(10)RC0123  
LOT RC0123  
2026-04  
2023-05

LOT RC0123  
(01)0000000000  
(17) PPC:105,00  
(10)RC0123  
LOT RC0123  
2026-04  
2023-05

LOT R 00122  
2025/06  
PPC:105,00

PPC:105,00

LOT R 00122  
2025/06

PPC:105,00

PPC:105,00

0,4%  
(4 mg/ml)