

# 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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 : 0006304

Société : MZ 324181

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 : .....

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 :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
- = 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

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU REVENTORIUM

EJOUR EN MAISON DE REPOS

ES ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes libaux comportant un ou plusieurs échelons 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 revenir 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

0529762

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : ENCOURSKI ABDELJALIL

Matricule : 0006304 Fonction : RETRÉS Poste :

Adresse : LISSAS FA LAT EL KONZAM Meknass N°55

Tél. : 05 22 89 66 15 Signature Adhérent :

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : ENCOURSKI Ahmad Age 21/10/1984

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : Pathologie psychiatrique chronique

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

A Casablanca le 30/06/20 Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin

### VOLET ADHERENT

#### DECLARATION

0529762

Matricule N° :  
Nom du patient :  
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
27.05.2020	C		601,-	HOPITAL DE LA REGION DU SUD PARIS Signature : [Signature]
30.6.2020	C		60,-	[Signature]

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE L'EXTENSION 24 Rue S Lissitzky 92 95 48 40	27/05/20	791,80

**PHARMACIE EXTENSION**  
24 Rue S Lissajous  
Examen - Généraliste  
Tél: 05 22 53 48 40

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
			1

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

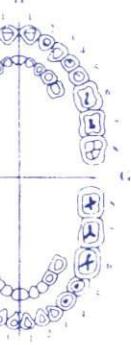
## VOLET ADHERENT

\* 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 de

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANT DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXÉCUTION



Hôpital sans Tabac  
Fumer tue

مستشفى بدون تدخين  
التدخين يقتل

Casablanca, le : 27/05/2020

## ORDONNANCE

Docteur : .....

Mr. Inoski Ahmed

No/bo

1) Sertaline Gt 50mg

1 - 10 - 0

2) Androcur 50mg

No/bo 2-0-0

3) Aflrynil 30mg

No/bo 0-0-1

III de Obus, RDV le 23/06/2020

Quartier des Hôpitaux, Casablanca 20100 - Tél. : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30 - Fax : 05 22 29 94 83

No/bo

27/05/2020  
No 43  
PHARMACIE L'EXTENSION  
24 Rue 8 Lissasta  
Extension - Casablanca  
Tél 35 22 39 48 90

27/05/2020 N° 4388

PHARMACIE L'EXTENSION  
Dr. M'hamed EL KABBA  
Centre hospitalier universitaire Ibn Rochd  
Casablanca 20100 - Tél. : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30 - Fax : 05 22 29 94 83

98,30

**Androcur 50 mg/ 20 cps**

Acétate de cyprotérone  
P.P.V. : 194,30 DH  
Bayer S.A.



**Androcur 50 mg/ 20 cps**

Acétate de cyprotérone  
P.P.V. : 194,30 DH  
Bayer S.A.



**Androcur 50 mg/ 20 cps**

Acétate de cyprotérone  
P.P.V. : 194,30 DH  
Bayer S.A.



110,60

Ministère de la Santé

C.H.U Ibn Rochd - Casablanca

Quittance

Hôpital Ibn Rochd

Formation :

Reçu de M :

La somme de :

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
Total	65

№ 452038

le 30 06 2020

Signature du  
Régisseur et Cachet

Ministère de la Santé

C.H.U Ibn Rochd - Casablanca

Formation :

Reçu de M :

La somme de :

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
Régie des Patients	
Psychiatrie	
Total	63

Quittance  
Hôpital Ibn Rochd

Nº 441870

le 27.05.2020

Signature du  
Régisseur et Cachet