

# 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

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.

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



## Déclaration de Maladie

N° D: N° P19- 066736

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1121 Société : 34838

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Time ZAKRAOUI Fatima

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) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-066736

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- |      |  |     |  |
|------|--|-----|--|
| S    | = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien   | SF  | = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence |
| NPSY | = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre) | SFI | = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme                   |
| N    | = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre  | AMM | = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute           |
| D    | = Visite de jour au domicile du malade par le médecin  | AMI | = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière                |
| D    | = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin  | AP  | = Actes pratiqués par un orthophoniste                           |
| D    | = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade  | AMY | = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste                      |
| C    | = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié                                       | R-Z | = Electro - Radiologie   |
|      | = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie  | B   | = Analyses   |
|      | = Actes de chirurgie et de spécialistes  |     |  |

## 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 PREVENTORIUM  | - LA REEDUCATION                  |
| SEJOUR EN MAISON DE REPOS  | - LES ACCOUCHEMENTS               |
| 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 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 se présenter 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° 0409932

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : M<sup>me</sup> ZAKRAOUI FATIMA  
Matricule : 1121 Fonction : BETRAITEE Poste :  
Adresse :  
Tél : 0661 46 49 49 Signature Adhérent :

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : ZAKRAOUI EP ZOHEIR FATIMA Age :              
Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin : 24/2/2023  
Nature de la maladie :  
S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances affection oculaire  
A Casa, le 24.02.23  
Durée d'utilisation 3 mois  
Docteur Mohamed BENNANI  
Ophtalmologiste  
Signature et cachet du médecin  
54, Bd. Rachidi - Casablanca  
Tél.: 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22



## 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
24/09/20	Li		300	Docteur Mohamed BENNANI Ophtalmologiste 54, Bd. Rachidi - Casablanca tél.: 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22

## 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
Docteur Mohamed BENNANI Ophtalmologiste 54, Bd. Rachidi - Casablanca tél.: 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22	27.02.2020	K6	1500,00

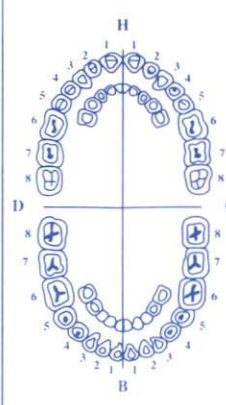
## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du praticien	Dates des soins	Nombre				Montant détaillé des honoraires
		AM	PC	IM	IV	

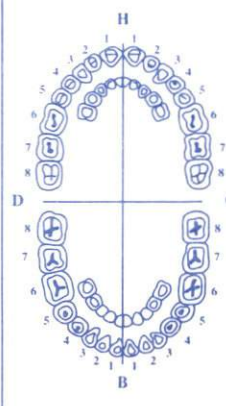
## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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 canal ainsi que le bilan de l'ODF.

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

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000 G</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	H		H	25533412		21433552	D	00000000	00000000 G		00000000	00000000		35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		H																	
	25533412		21433552																	
	D	00000000	00000000 G																	
		00000000	00000000																	
		35533411	11433553																	
	B																			
	(Création, remont, adjonction)	MONTANT DES SOINS																		
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	DATE DU DEVIS																		
	DATE DE L'EXECUTION																			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

**Docteur Mohamed BENNANI**

*Ophthalmologiste*

**Chirurgie vitréo - rétinienne**

Ancien résident du Collège de Médecine  
des Hôpitaux de Paris

**الدكتور محمد بناني**

طب العيون

أمراض وجراحة الشبكة

داخلي سابقا بمستشفيات باريس

CASABLANCA, 27/02/2020

HONORAIRES : **Mme ZAKRAOUI ÉP. ZOHEIR Fatima**

Acte : Angiographie numérisée & OCT : K80 .

Montant : 1500 DHS (MILLE CINQ CENT DIRHAMS) .

Docteur Mohamed Bennani

**Docteur Mohamed BENNANI**

*Ophthalmologiste*

54, Bd Rachidi - Casablanca

Tél.: 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22

**Docteur Mohamed BENNANI**

*Ophthalmologiste*

**Chirurgie vitréo - rétinienne**

Ancien résident du Collège de Médecine  
des Hôpitaux de Paris

**الدكتور محمد بناني**

طب العيون

أمراض وجراحة الشبكة

داخلي سابقا بمستشفيات باريس

CASABLANCA, Le lundi 24 février 2020

**HONORAIRES :**

Mme ZAKRAOUI ÉP. ZOHEIR Fatima

**Acte :** Consultation : C2.

**Montant :** 300 DHS ( TROIS CENTS DHS ).

DOCTEUR Mohamed Bennani

**Docteur Mohamed BENNANI**

*Ophthalmologiste*

54, Bd. Rachidi - Casablanca

Tél.: 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22



**Docteur Mohamed BENNANI**

Ophthalmologiste

**Chirurgie vitréo - rétinienne**

Ancien résident du Collège de Médecine  
des Hôpitaux de Paris

الدكتور محمد بناني

طب العيون

أمراض وجراحة الشبكة

داخلي سابقا بمستشفيات باريس

CASABLANCA, le jeudi 27 février 2020

**ANGIOGRAPHIE OCT DU 27/02/2020**

**Mme ZAKRAOUI ÉP. ZOHEIR Fatima**

**Contexte :**

Occlusion veineuse oeil gauche

**Clichés monochromatiques et séquence angiographique oeil droit :**

Bonne perfusion rétinienne périphérique. Absence d'anomalies visibles

**OCT oeil droit :**

Bonne dépression fovéolaire. ligne des photorécepteurs bien régulière

Absence d'oedème

Epaisseur centrale : 265 $\mu$

**Clichés monochromatiques et séquence angiographique oeil gauche:**

Ischémie rétinienne périphérique assez étendue notamment en temporal.

**OCT oeil gauche :**

Epaississement maculaire volumineux avec de nombreuses logettes d'oedème

Altération de la couche des photorécepteurs au centre

Epaisseur centrale : 664 $\mu$

**Conclusion :**

OVCR oeil gauche avec oedème maculaire diffus

Docteur Mohamed BENNANI  
Ophthalmologiste  
54, Bd. Rachidi - Casablanca  
Tél.: 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22