

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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° P19- 045045

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2311 Société : 40553

Actif  Pensionné(e)  Autre : retraité

Nom & Prénom : MENNI ELBAHIR

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : 0661310993 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 couvrant 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 kinsithérapeute
- 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 au 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

SEJOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit

actes répétés en plusieurs séances . ou actes

obscurs comportant un ou plusieurs échelonnées

ans le temps .

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

- L'ORTHOPEDE

- 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 venir 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 : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2857 / 2883  
FAX / 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

### FEUILLE DE SOINS

N° 841992

#### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : MENN, EL BACHIR  
Matricule : 2311 Fonction : Petraite Poste :  
Adresse : Rue Le Palmer R.A.M. Pont de Sidi  
Tél. : 06 31 09 93 Signature Adhérent : [Signature]

#### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : MENN, EL BACHIR Age :                      
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant   
Date de la première visite du médecin : 14 SEPT 2020  
Nature de la maladie : de articulaires  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances :  
-----  
-----  
-----  
A : \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Signature et cachet du médecin  
Durée d'utilisation 3 mois

#### VOLET ADHERENT

DECLARATION

N° 841992

Matricule N° : \_\_\_\_\_  
Nom du patient : \_\_\_\_\_  
Date de dépôt : \_\_\_\_\_  
Montant engagé : \_\_\_\_\_  
Nombre de pièces jointes : \_\_\_\_\_



MUPRAS

Dr. BOUTAIB BENSABRI Latifa  
Rhumatologue - Ostéopathe  
183, Bd. Med. Zerkouni - Casablanca  
Tél. 05 22 39 99 57

## 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
11 A SEPT 2020	ca		CG	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/09/2020	1698,80

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

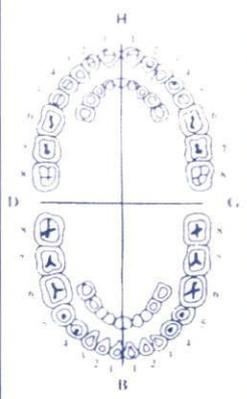
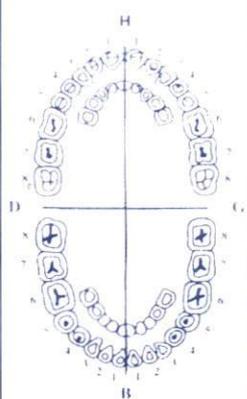
### VOLET ADHERENT

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 canalaires ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
				MONTANT DES SOINS <input type="text"/>															
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 5px;"></td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 5px;"></td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 5px;"></td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 5px;"></td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; padding: 5px;"><b>B</b></td> </tr> </table>			25533412		21433552	00000000		00000000	00000000		00000000	35533411		11433553	<b>B</b>			MONTANT DES SOINS <input type="text"/>
	25533412		21433552																
	00000000		00000000																
	00000000		00000000																
	35533411		11433553																
<b>B</b>																			
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Latifa BOUTAIB BEN SARI**  
RHUMATOLOGUE

Spécialiste des Maladies des OS  
et des Articulations  
Diplômée de la Faculté de Médecine  
de Marseille (France)  
Médecin Expert Assermenté près  
les Tribunaux de Casablanca



الدركتورة لطيفة بوتيب بن ساري

إختصاصية في أمراض العظام  
و المفاصل (الروماتيزم)  
خريجة كلية الطب بمرسيليا  
(بفرنسا)  
خبيرة مجلفة لدى المحاكم

Casablanca, le 14 SEPT 2020 ..... الدار البيضاء، في

### ORDONNANCE

M. ENNEMI El Bachir

4260  
Nobis r, r

1 cp 20 j / 10 j  
au repos / 10 j  
a 1 cp / 10 j  
au repos / 10 j  
sa mobilisation



3700  
3700

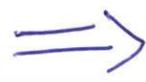
Pharmacie MIMOUSS  
Hind LUKHMIRI  
Docteur en Pharmacie  
400, Boulevard El Jajida  
CASABLANCA  
Tel: 022.98.86.97-Fax: 022.98.24.76  
Dr. BOUTAIB BENSARI Latifa  
Rhumatologue - Ostéopathe  
283, Bd. Med. Zerkouni - Casablanca  
Tél: 05 22 39 99 57

LOT: M0329  
PER: 07/2021  
PPU: 75.00 DH

Duoval  
1 cp  
1 cp  
1 cp

75.00  
20

Inoso ac  
1 cp / 6 j



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Co-aprovel 300mg/12,5mg  
B28  
P.P.V: 239,00 DH

6 118001 081035

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Co-aprovel 300mg/12,5mg  
B28  
P.P.V: 239,00 DH  
6 118001 081035

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Co-aprovel 300mg/12,5mg  
B28  
P.P.V: 239,00 DH  
6 118001 081035

2x Mito

Divarius

147,20

147,20

147,20

6x Mito  
Mafamure

LOT: 20E009  
METFORMINEWIN 850MG  
CP PEL B30  
P.P.V: 17DH10  
6 118000 062134

LOT: 20E009  
METFORMINEWIN 850MG  
CP PEL B30  
P.P.V: 17DH10  
6 118000 062134

LOT: 20E005  
STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V: 56DH60  
6 118000 061465

LOT: 20E007  
METFORMINEWIN 850MG  
CP PEL B30  
P.P.V: 17DH10  
6 118000 062134

F. BOUTAIB BENSARI LAMINA  
Rhumatologue - Ostéopathe  
28<sup>e</sup> Bd. Med. Zerkouni - Casablanca  
Tel: 05 22 39 99 57

LOT: 20E007  
METFORMINEWIN 850MG  
CP PEL B30  
P.P.V: 17DH10  
6 118000 062134

LOT: 20E009  
METFORMINEWIN 850MG  
CP PEL B30  
P.P.V: 17DH10  
6 118000 062134

LOT: 20E009  
METFORMINEWIN 850MG  
CP PEL B30  
P.P.V: 17DH10  
6 118000 062134

Pharmacie MIMOSAC  
Hind LAKHIMIRI  
Docteur en Pharmacie  
400-Route d'El Jadida  
CASABLANCA  
Tel: 022.98.06.97 Fax: 022.98.24.76

LOT: 20E005  
STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V: 56DH60  
6 118000 061465

LOT: 20E005  
STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V: 56DH60  
6 118000 061465

LOT: 20E005  
STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V: 56DH60  
6 118000 061465

LOT: 20E003  
STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V: 56DH60  
6 118000 061465

1698,8 =

1 q1

1 q1; 6x

stilnox 10

14865

1 q3m

1 q3m

2 mg

1 q3m