

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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 Alial Ben Abdellah - 6ème étage Angle Rue Mohamed Yakkir et Rue Alia Ben Abdellah - Quartier de l'Horlogerie - Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (RG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-514851

MSR  
OCE

ND = 17512

|  |                                       |                                  |                                 |
|--|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie           | <input type="checkbox"/> Dentaire     | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e)              |                                       |                                  |                                 |
| Matricule : <b>12599</b>                   |                                       | Société :                        |                                 |
| <input type="checkbox"/> Actif             | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |                                 |
| Nom & Prénom : <b>Khalid Meryem</b>        |                                       |                                  |                                 |
| Date de naissance :                        |                                       |                                  |                                 |
| Adresse :                                  |                                       |                                  |                                 |
| Tél. : Total des frais engagés : _____ Dhs |                                       |                                  |                                 |

|   |   |
|---|---|
| Cadre réservé au Médecin  |   |
| Cachet du médecin :   |   |
| Date de consultation : <b>25/12/2018</b>  |   |
| Nom et prénom du malade :   |   |
| Lien de parenté :   | <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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. |   |

**22 JAN. 2018**

**ACCUEIL**

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

|  |               |
|--|---------------|
| VOLET ADHÉRENT   |               |
| Déclaration de maladie   | N° W19-514851 |
| Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.<br>Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure. |               |
| Matricule :  |               |
| Nom de l'adhérent(e) :   |               |
| Total des frais engagés :  |               |
| Date de dépôt :  |               |
| Coupon à conserver par 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)
- IPSY = 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 de 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 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 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 EFFECTUES EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes lobaux comportant un ou plusieurs échelons 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 évenir 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

DATE DE DEPOT



**M U P R A S**  
Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883  
FAX : 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

**FEUILLE DE SOINS 1627061**

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : *KHELEF Mohamed Ali*

Matricule : *12599* Fonction : *OPC* Poste : *DOA*

Adresse :

Tél. : *0649527108* Signature Adhérent : *(Signature)*

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : *KHELEF Mohamed Ali* Age *12 10 17*

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : *NACCI-NATISS*

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

A ..... , le ..... / ..... / ..... Signature et cachet du medecin

Durée d'utilisation 3 mois

*JAHLOUE KABBACHE*  
Medecin : *Medecin : JAHLOUE KABBACHE*  
Date : *22/01/98*

## **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          |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 01/01/99        | CS                | 1                     | 100,00 DT                       | DRS. LAHLOU EL HADJ<br>Pediatre<br>enfant Hassan<br>El - 05 22 27 87 88 |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| PHARMACIE M. BOURGEOIS<br>TARASCON SUR ARIÈGE<br>09 68 45 74 65<br>www.pharmacie-bourgeois.com | 05/02/2019 | 410,90                |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

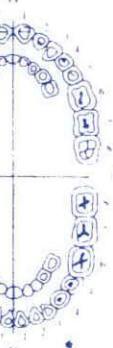
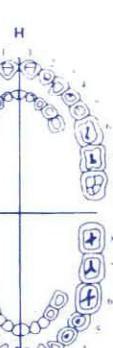
## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et Signature<br>du praticien | Dates des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|--------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                    | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                    |        |     |     |     |                                    |

## 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 canalaire ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées  | Nature des Soins | Coefficient |                        |   |          |          |  |   |          |          |   |   |          |          |  |   |          |          |  |
|--|---|------------------|-------------|------------------------|---|----------|----------|--|---|----------|----------|---|---|----------|----------|--|---|----------|----------|--|
|   |   |                  |             | CŒFFICIENT DES TRAVAUX |   |          |          |  |   |          |          |   |   |          |          |  |   |          |          |  |
|  |   |                  |             | MONTANT DES SOINS      |   |          |          |  |   |          |          |   |   |          |          |  |   |          |          |  |
|  |   |                  |             | DEBUT D'EXECUTION      |   |          |          |  |   |          |          |   |   |          |          |  |   |          |          |  |
|  |   |                  |             | FIN D'EXECUTION        |   |          |          |  |   |          |          |   |   |          |          |  |   |          |          |  |
| O.D.F<br>PROTHÉSES DENTAIRES   | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE  |                  |             |                        |   |          |          |  |   |          |          |   |   |          |          |  |   |          |          |  |
|  | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">I</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction)<br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                  |             |                        | H | 25533412 | 21433552 |  | D | 00000000 | 00000000 | G | B | 00000000 | 00000000 |  | I | 35533411 | 11433553 |  |
| H  | 25533412  | 21433552         |             |                        |   |          |          |  |   |          |          |   |   |          |          |  |   |          |          |  |
| D  | 00000000  | 00000000         | G           |                        |   |          |          |  |   |          |          |   |   |          |          |  |   |          |          |  |
| B  | 00000000  | 00000000         |             |                        |   |          |          |  |   |          |          |   |   |          |          |  |   |          |          |  |
| I  | 35533411  | 11433553         |             |                        |   |          |          |  |   |          |          |   |   |          |          |  |   |          |          |  |
|  | CŒFFICIENT DES TRAVAUX  |                  |             |                        |   |          |          |  |   |          |          |   |   |          |          |  |   |          |          |  |
|  | 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'EXECUTION

Dr. Sabah Lahlou - El Kabbaj  
PEDIATRE  
Diplômée de la Faculté de Médecine de Strasbourg

الدكتورة صباح الحلو القباج  
اختصاص الاطفال  
خريجة كلية الطب بستراتسبورغ

Casablanca le, 05/02/2019

KHELIF Maryam

Poids : 9,2 Kg

VITAMINE D3 BON  
1 seule prise

AS

20,90

VARIVAX

AS

390a

410,90

Dr S. LAHLOU EL KABBAJ  
Pédiatre  
45, Avenue Hassan II Casablanca  
Tél : 05 22 27 87 88

زنادية البارزة  
PHARMACIE PARISIENNE  
Alma MECO SARL  
45, Av Hassan II Casablanca  
Tél : 05 22 22 09 95



70032289/00-3  
4979



6 118001 272228  
PPV : 20,90 DH

■ 45, Avenue Hassan II ,Casablanca

Tél . 05 22 27 87 88 .

06 61 31 28 38

Fax . 05 22 20 74 04 .

■ 45 ، شارع الحسن الثاني، الدار البيضاء

الهاتف

الفاكس