

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Anglo Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (L6) - Fax : 05 22 22 78 38 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-515796

no 218860

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2278 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ARDOUANE KHADIS A

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 :

- |      |                                                                                                          |     |                                                                  |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------|
| S    | = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien                                                       | SF  | = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence |
| D    | = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre) | SFI | = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme                   |
| NPSY | = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre                                                        | AMM | = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute          |
| N    | = 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                      |
| D    | = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié                                       | R-Z | = Electro - Radiologie                                           |
| C    | = 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 échelonnées 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 révenir 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 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83  
FAX : 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

## FEUILLE DE SOINS 894375

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : ARDOUANE Khadija  
Matricule : 2277 Fonction : ..... Poste : .....  
Adresse : 0662393930  
Tél. : ..... Signature Adhérent :

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : ..... Age        
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin : .....  
Nature de la maladie : .....  
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  
Matricule N° : ..... 894375  
Nom du patient : .....  
Date de dépôt : .....  
Montant engagé  
Nombre de pièces jointes : .....





## 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/01/20	47,70

## 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 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"/>

## O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	<div> <div>H</div> <div>25533412</div> <div>D</div> <div>00000000</div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> </div>	<div> <div>H</div> <div>21433552</div> <div>G</div> <div>00000000</div> <div>00000000</div> <div>11433553</div> </div>	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
			MONTANT DES SOINS <input type="text"/>
			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



# PHARMACIE SID EL KHADIR

1367, Rue My Bouchaib Derb Jamila

Docteur en pharmacie  
UCL  
BELGIQUE

R.C :209632

Patente:35005980

T.V.A :

C.N.S.S:2022094

Banque:BP 2121111920430001

Tél :0522.91.30.46

Le 13/01/2020


**FACTURE N°1048972**

N° ICE : 001630945000009

N° IF :

<CLIENT DE PASSAGE>

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	DRILL TOUX SECHE AD SS SUCRE	25,00	25,00	1,64	7,00
1	RINOMICINE SA	22,70	22,70	1,49	7,00
					
<b>TOTAL T.T.C :</b>				<b>47,70</b>	

Nbr Articles	TVA 7% Base :	47,70	Montant :	3,13	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	-------	-----------	------	----------------	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Quarante Sept Dirhams et 70 centimes.



25,00

PPV (DH) :  
LOT N° :  
UT. AV. :

22,70