

# 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 caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

0791

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8242 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : GU RICHAH Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0674.00.79.41 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 : .....

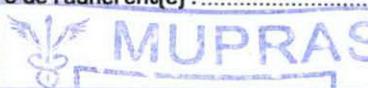
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

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 ADHÉRENT

1001 2020

Déclaration de maladie

No P19-064525

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  
S = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)  
IPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre  
N = Visite de jour au domicile du malade par le médecin  
D = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin  
D = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade  
C = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié  
C = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie  
C = 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 EFFECTUES EN SERIE, il s'agit  
'actes répétés en plusieurs séances ou actes  
lobaux comportant un ou plusieurs échelons  
ans 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

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](mailto:mupras@RoyalAirMaroc.co.ma)



**MUPRAS**

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

FEUILLE DE SOINS 1574034

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : *GURICIA T MOHAMED*  
Matricule : *3842* Fonction : *AGT PAIE* Poste : *9442*  
Adresse : *CITE FRANCAISE 2009 BEHRECHID*  
Tél. : *06.74.00.79.41* Signature Adhérent : *[Signature]*

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

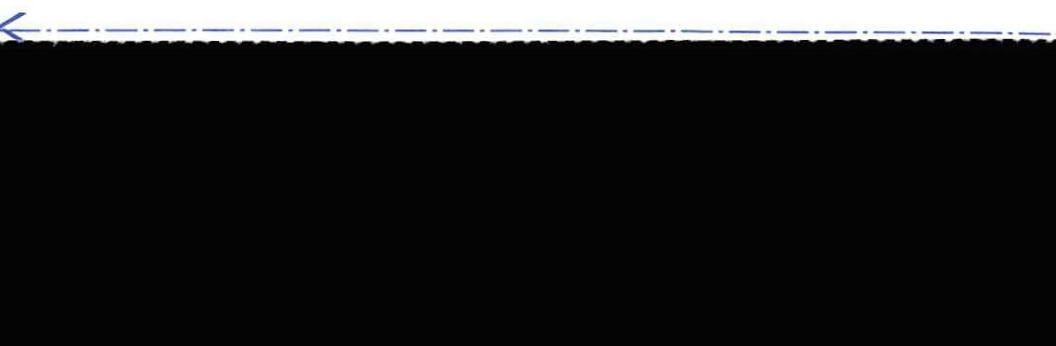
Nom & Prénom du patient : *BENFARAJ AMINA* Age   
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin : *20/01/2010*

Nature de la maladie : *CB*

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

A *Benfara* le *09/01/2010* Signature et cachet du médecin  
Durée d'utilisation 3 mois



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>الصيدلانية العرادة</p> <p>Pharmacie EL IRAD</p> <p>Dr. YOUSSEF EL HACHEM</p> <p>267, Rue Dekkla - BERRECHID</p> <p>Tél: 0522 32 33 45</p>	<p>09/01/</p> <p>2020</p>	<p>317,00</p>

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Ancien médecin à l'hôpital Mohamed Boaifi

طبية داخلية سابقة بمستشفي محمد يوافي

## دبلوم الفحص بالصدى من جامعة ياريس ديكارت

دبلوم مرض السكري من جامعة الطب والصيدلة

- ال باط -

برشید فی ..... ۰۹۱۰۱۱۰۰۰ ..... Berrechid le .....

Ben Faras Amina

53,10

11 Rebs and

136, 50

29 Alyse 25

32, 40

3) Difesa D'imp

95,00

## 4) EXTRA MAG

平

185 - الطابع الثاني، شارع حسان بن ثابت حي الزهراء برشيد : 62 62 51 22 05

RELAXO 500MG/2MG  
CP B20  
P.P.V : 53DH10  
LOT:9M112  
PER.:12/2021  
  
6 118000 060833

19F093  
074.2021

136DH50

DIFAL<sup>®</sup>  
Diclofénac sodique 100 mg  
Boîte de 10 Suppositoires  
P.P.V. : 32,40 DH  
6 118 000 190363

S.V

COOPER PHARMA  
PPC : 95,00 DH

MÉSIUM MA

**Pharmacie EL IRAKI**  
Dr. Yousef EL IRAKI  
267, Rue Dakha - BERREHID  
Tél.: 0522.32.83.45

49,00

5) BCL Miguel  
1 gel x 24

185 APPR 2 20.1.1999  
TABTE HAY AZHRA - BERRECHID  
Dr. YOUSSEF EL IRAKI  
~~Dr. GHAFFI AICHA~~

صيدلية العراق  
Pharmacie EL IRAKI  
Dr. Youssef EL IRAKI  
267, Rue Dakha - BERRECHID  
Tél.: 0522 32 33 45