

# 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)

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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 064525

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8242 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Gu Richat Mohamed  
Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : 0674 007941 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

Déclaration de maladie N° 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 :

- = 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 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  
SEJOUR EN MAISON DE REPOS  
ES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit  
d'actes répétés en plusieurs séances ou actes  
globaux comportant un ou plusieurs échelonnées  
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

es 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



# 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 / 2649 / 2857 / 2883  
FAX : 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

## FEUILLE DE SOINS 1574034

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : **GURICHA T MOHAMED**  
Matricule : **2842** Fonction : **AGT PAIE** Poste : **9442**  
Adresse : **CITE FRANK 2009 BERRICH**  
Tél. : **06 74 00 79 41** Signature Adhérent :

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : **BENFARAY AMINA** Age   
Lien de parenté avec l'adhérent : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin : **09/10/2020**  
Nature de la maladie : **CB**  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances  
A le **09/01/2020** Signature et cachet du médecin  
Durée d'utilisation 3 mois



# 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 Règlement des Actes                            |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 09/01/2020      |                   |                       | 317,00                          | D. GHAFIRI Aicha<br>Médecine Générale<br>267, Rue Dekkaf - BERRECHID<br>Tél: 0522 32 83 45 |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| Pharmacie EL IRAN<br>Dr. Youssef EL IRANI<br>267, Rue Dekkaf - BERRECHID<br>Tél: 0522 32 83 45 | 09/01/2020 | 317,00                |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

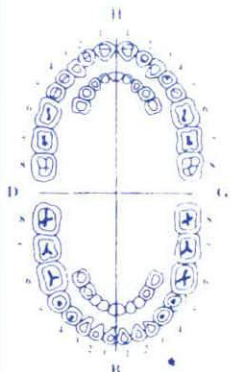
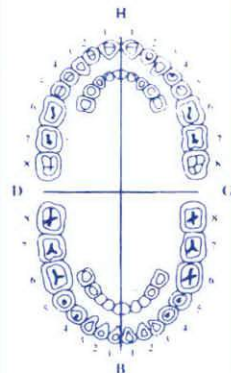
# AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et Signature du praticien | Dates des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|-----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                 | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                 |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                 |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                 |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                 |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                 |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                 |        |    |    |    |                                 |

# 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<br>Traitées   | Nature des<br>Soins | Coefficient            |                            |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                            |
|--|---|---------------------|------------------------|----------------------------|--|--|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|---|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|--|----------------------------|
|   |   |                     |                        | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                            |
|  |   |                     |                        | MONTANT<br>DES SOINS       |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                            |
|  |   |                     |                        | DEBUT<br>D'EXECUTION       |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                            |
|  |   |                     |                        | FIN<br>D'EXECUTION         |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                            |
|  |   |                     |                        |                            |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                            |
|  |   |                     |                        |                            |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                            |
|  |   |                     |                        |                            |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                            |
|  |   |                     |                        |                            |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                            |
|  |   |                     |                        |                            |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                            |
|  |   |                     |                        |                            |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                            |
| O.D.F.<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE  |                     |                        |                            |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                            |
|  | <table><tr><td colspan="2">H</td><td></td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr><tr><td>D</td><td></td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">B</td><td></td></tr></table> |                     |                        | H                          |  |  | 25533412 | 21433552 |  | 00000000 | 00000000 |  | D |  | G | 00000000 | 00000000 |  | 35533411 | 11433553 |  | B |  |  | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX |
|  | H   |                     |                        |                            |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                            |
|  | 25533412  | 21433552            |                        |                            |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                            |
|  | 00000000  | 00000000            |                        |                            |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                            |
|  | D   |                     | G                      |                            |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                            |
|  | 00000000  | 00000000            |                        |                            |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                            |
|  | 35533411  | 11433553            |                        |                            |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                            |
|  | B   |                     |                        |                            |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                            |
|  | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                     |                        | MONTANT<br>DES SOINS       |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                            |
|  |   |                     |                        | DATE DU<br>DEVIS           |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                            |
|  |   |                     | DATE DE<br>L'EXECUTION |                            |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                            |
|  |   |                     |                        |                            |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                            |
|  |   |                     |                        |                            |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                            |
|  |   |                     |                        |                            |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                            |
|  |   |                     |                        |                            |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                            |
|  |   |                     |                        |                            |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                            |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. GHAFIRI AICHA

Ancien médecin a l'hôpital Mohamed Bouafi

Diplôme en échographie de l'université

Paris Descartes

Diplôme en diabétologie

الدكتورة غفيري عائشة

طبيبة داخلية سابقة بمستشفى محمد بواضي

دبلوم الفحص بالصدى من جامعة باريس ديكرت

دبلوم مرض السكري من جامعة الطب والصيدلة

- الرباط -

Berrechid le .....

برشيد في

Ben FAROS AMINA

53,10

1/ Reloxal

1 p 23

136,50

2/ Alyser

1 p 23

32,40

3/ Difal

1 p 23

95,00

4/ EXTRAMAG

1 p 23

LOT : 9MA112  
PER.: 12 2021

RELAXO 500MG/2MG  
CP 820

P.P.V : 53DH10



6 118000 060833

19F093

074.2021

V: 136DH50

DIFAL

Diclofenac sodique 100 mg

Boîte de 10 Suppositoires

P.P.V : 32,40 DH



6 118000 190363

COOPER PHARMA

PPC : 95,00 DH

NESIUM MA

T: 397,00

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



49,00

8) BCC mizel w

1 gel 2 of

51

~~UR. GHAFIRI Aicha~~  
~~Pharmacie Générale~~  
~~284, Hassan Bnou~~  
~~185 Applique 284, Hassan Bnou~~  
~~TABITE Hay Azahra - Berrechid~~

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