

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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 Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000. Tél : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



Déclaration de Maladie  
N° P19- 065079

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **22867**

Matricule : **3115** Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : **BAGHO SOAD**

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél : **0660 65 7309** 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)
- NPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- N = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- MC = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- K = 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

L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE  
L'HOSPITALISATION EN HOPITAL  
L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU  
PREVENTORIUM  
SEJOUR EN MAISON DE REPOS  
LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit  
d'actes répétés en plusieurs séances ou actes  
globaux 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 prévenir 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 MU 005960

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : M. BAGHO SOAD  
Matricule : 9115 Fonction : ADM Poste : 9314  
Adresse : 3, rue Ibnou Nazeem, Casablanca  
Tél. : 066-657309 Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : BAGHO SOAD Age                 
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☒ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin : 13/02/2020  
Nature de la maladie : gastro-entérite  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances.....  
A Casa le 19 / 02 / 2020 Signature et Prénoms du médecin  
Docteur RAGNAT Brahim  
Médecin Générale  
70, Rue de Normandie Maârit  
Casablanca - Tél.: 05 22 25 59 32  
Durée d'utilisation 3 mois

### VOLET ADHERENT

DECLARATION MU 005960

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



MUPRAS



[illegible]

Docteur THOMAS TROPHIM.  
Médecine Générale  
10 Rue de Normandie  
Suresnes - Tél. : 85 22 25 98

[illegible]

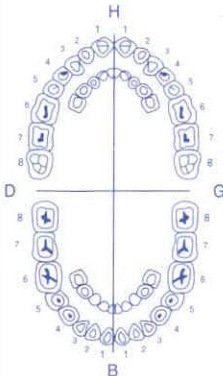
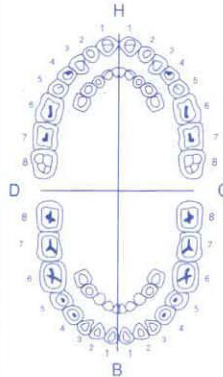
Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

[illegible]

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canala 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																																	
	<table><tr><th colspan="2">H</th><th></th><th colspan="2">G</th></tr><tr><td>25533412</td><td></td><td></td><td>21433552</td><td></td></tr><tr><td>00000000</td><td></td><td></td><td>00000000</td><td></td></tr><tr><td>00000000</td><td></td><td></td><td>00000000</td><td></td></tr><tr><td>35533411</td><td></td><td></td><td>11433553</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">B</td><td></td><td colspan="2"></td></tr></table>			H			G		25533412			21433552		00000000			00000000		00000000			00000000		35533411			11433553		B					Coefficient DES TRAVAUX	<input type="text"/>
	H			G																															
	25533412			21433552																															
	00000000			00000000																															
	00000000			00000000																															
	35533411			11433553																															
	B																																		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXEC

Dr. TAGNAOUTI Brahim

Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Bordeaux  
MEDECINE GENERALE

70, Rue de Normandie - Maârif  
CASABLANCA  
Tél. : 05 22 25 59 32

الدكتور إبراهيم التكاوتي

خريج كلية الطب ببيروت  
الطب العام

70، زنقة نورماندي - المعاريف  
الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 25 59 32

Casablanca, le 19/02/2020 في الدار البيضاء،

Mme BAGHO SOAD

79.50 Carboxane  
cc x 3/4

34.00 x3 Osmosine  
ml x 3/4

52.80 Oeder 20  
1 pl

48.40 Gaviscon  
ml x 3/4

282.70

Docteur TAGNAOUTI Brahim  
Médecine Générale  
70, Rue de Normandie Maârif  
Casablanca - Tél.: 05 22 25 59 32

Lot : 190591  
consommer de  
préférence avant le 09/2022  
PVC : 79.50 DH

PPV  
34DH00

PPV  
34DH00

PHARMACIE NAB  
Docteur BAGHO Pharmacien  
Lot. Tissir No 71 Médicaments Contre  
Tél : 51.90.97 - Casablanca

PPV  
34DH00

LOT 181762  
EXP 08/2021  
PPV 52.80 DH



Bien agiter avant usage. Ne pas réfrigérer.  
Tenir hors de portée des enfants.  
Fabricant titulaire de licence au Royaume Uni:  
Reicht Bonchies Healthcare (UK) Ltd, Phil, H18 7DS.  
Gaisvicon Advance, l'épave et le cercle sont des  
marques de commerce.  
Utiliser dans les 6 mois après ouverture.  
AMM N°206/75 DU/PZ/ANP  
REV. 40 DH 40

marques de commerce.  
Utiliser dans les 6 mois après ouverture  
ANMM N°205/15 DM/P/21/NNP  
PPV: 48 DH/40

PPV: 48 DH 40

# OVANLE

AROME ANIS

SOLAG

استاذي في



**e 150ml**

خالى من السكر

تكملة اليونسون

303504-

BN

919784

DOM: 06/2019

06/2021

6 118001 151462 >

PPV: 48 DH 40

AMMI N°205/15 DMIP/21/NNP

- Utiliser dans les 6 mois après ouverture.

marques de commerce.

Gaviscon Advance, l'épée et le cercle sont des

Beckitt Bancisier Healthcare (UK) Ltd, Hull, HU

Fabricant titulaire de licence au F

**Bien agiter avant usage. Ne pas remuer.**

Ma non soffrirete