

# 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.

## éducation :

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

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 à caractère personnel.



## Déclaration de Maladie

Nº P19- 065079

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

(22 867)

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricule : 9115 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BAGHDAD SOAD

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 060657309 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  Companion  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 :

- CS = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien  
 NPSY = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)  
 N = Visite de jour au domicile du malade par le médecin  
 VD = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin  
 D = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade  
 PC = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié  
 R-Z = Acte de pratique médicale courant 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 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

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 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883  
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 : Khalid BAGHO SOAD  
 Matricule : 9115 Fonction : ADM Poste : 9314  
 Adresse : 3, Rue Ibn Younous Nazem Royal Casablanca  
 Tél. : 066-657309 Signature Adhérent : Few

### 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 : 19/02/2020  
 Nature de la maladie : Gastro entérite  
 S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances.  
 A Casablanca, le 19/02/2020 Signature et Docteur Rachid Brahim,  
Docteur Rachid Brahim,  
Médecin Général,  
70, Rue de Normandie Maârif,  
Casablanca, Tel: 05 22 26 59 32

### VOLET ADHERENT

DECLARATION MU 005960

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



## 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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 29/03/2020      | Q                 | 01                    | 200 00                          | <br>Dr. Jean-Pierre Génier<br>Médecin généraliste<br>16, Rue de Normandie - 94160 Le Raincy |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **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 |
|----------------------------------|-----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                 | A M    | P C | I M | I V |                                 |
|                                  | .....           |        |     |     |     | .....                           |
|                                  | .....           |        |     |     |     | .....                           |
|                                  | .....           |        |     |     |     | .....                           |
|                                  | .....           |        |     |     |     | .....                           |
|                                  | .....           |        |     |     |     | .....                           |



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

| SOINS DENTAIRES                                |  | Dents Traitées   | Nature des Soins                                     | Coefficient |   |
|--|--|--|--|-------------|---|
|  |  |  |  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX                           |
|  |  |  |  |             | MONTANT DES SOINS                                 |
|  |  |  |  |             | DEBUT D'EXECUTION                                 |
|  |  |  |  |             | FIN D'EXECUTION                                   |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES                   |  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |  |             |   |
|  |  | 25533412<br>00000000<br>00000000<br>35533411   | H 21433552<br>G 00000000<br>B 00000000<br>B 11433553 |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX                           |
|  |  | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |  |             | 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. 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 التكناوتي

خريج كلية الطب ببوردو  
الطب العام

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

Casablanca, le

19/02/2020

الدار البيضاء، في

Mme BAGHO SOAD

79.50 Carboxane

STV

34,00<sub>x3</sub> Osmosine

STV

Lot 23/1

52.80 Gedes 20

STV

48.40 Gaviscon

PPV

Lot 23/1

282.70

Lot : 190591  
à consommer de  
préférence avant le / 09/2022  
PPC : 79,50 DH

PPV  
34DH00

PPV  
34DH00

HARMACIE NA  
Majid BAGHO Docteur en Pharmacie  
Lot. Tissir N° 71 Médicaments Centre  
Casablanca  
Tél. : 51.90.07

PPV  
34DH00

LOT 181762  
EXP 08/2021  
PPV 52.80 DH

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

الدواء رقم ١٥٠ سدادة لاردة طلاق

DISPONIBLE EN PHARMACIE  
UNIQUEMENT

Bien agiter avant usage. Ne pas réfrigérer.  
Tenir hors de portée des enfants.  
Fabriqué sous licence au Royaume Uni.

Recruit Healthcare UK Ltd, Hull, HU8 7DS.

Gaviscon Advance, l'épée et le cercle sont des  
marques de commerce.  
Utiliser dans les 6 mois après ouverture.

AMM N°205/15 DM/P27/NP  
PV: 48 DH 40

المحتوى المسموح به 100 غ

للمحتوى المسموح به 2 غ

للمحتوى المسموح به 10 غ

للمحتوى المسموح به 1 غ

للمحتوى المسموح به 0.5 غ

للمحتوى المسموح به 0.25 غ

للمحتوى المسموح به 0.125 غ

للمحتوى المسموح به 0.0625 غ

للمحتوى المسموح به 0.03125 غ

