

# 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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : 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 - 9ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge - Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-535567

ND: 96974

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Matricule : 03719

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : CHIHEB ABDELKADER

Date de naissance : 10/03/1959

Adresse : INARTI RUE 26 N° 4 CASA

Tél. : 0663308048

Total des frais engagés

738,10 Dh

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

chiheb Radida

Age :

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 :

Signature de l'adhérent(e) : Achihid

Le : / /

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-535567

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 : 03719

Nom de l'adhérent(e) : CHIHEB Abdelkader

Total des frais engagés : 738,10 dh

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)  
NPSY = 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  
D = 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

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 revenir 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



**MUPRAS**

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

**FEUILLE DE SOINS 860014**

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : CHIHEB ABDEKADER

Matricule : 03719 Fonction : RETRAITE Poste :

Adresse :

Tél. : 06.63.30.00.48 Signature Adhérent : Achmed

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Chiheb Radjai Age : 41

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : Enfant de patient

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

.....

.....

.....

.....

A 03a, le 5/9/90

Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin

Docteur Chiheb Radjai  
Médecin Chiheb Radjai  
Bd Dakha, Résidence Chiheb Radjai  
Chiha, Im. R. Chok, Casablanca  
Hav. Chifa-Alm. 2022 Casablanca

Docteur Chiheb Radjai  
Médecin Chiheb Radjai  
Bd Dakha, Résidence Chiheb Radjai  
Chiha, Im. R. Chok, Casablanca  
Hav. Chifa-Alm. 2022 Casablanca

### VOLET ADHERENT

#### DECLARATION

860014

Matricule N° : 03719

Nom du patient : CHIHEB RADJAI

Date de dépôt :

Montant engagé 738,10 DH

Nombre de pièces jointes : 1



## 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  |
|-----------------|----------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 12/19/90        | C + ord              | 1501 DDN              | H                               | Docteur Bouchard<br>Médecin Général<br>et Dactha Résidence Espace<br>Im. A - App. 1er étage<br>Rita Ain Chok-Casablanca<br>ASM - 05-77-95 |
|                 | + bilan radiologique | 5000                  |                                 |   |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date       | Montant de la Facture   |
|--|------------|---|
|  | 05/02/2020 | PHARMACIE DAKHLA<br>91, Avenue blanca<br>Hay el Inay<br>Tél.: 05 22 50 10 50<br>588, 10 |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et Signature<br>du praticien | Dates des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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 canalaires ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Bouchaïb DYANI

MEDECINE GENERALE

ECHOGRAPHIE

ELECTROCARDIOGRAMME

CIRCONCISION

Bd Dakhla Résidence Espace Chrifa

Imm. A - Appt. 2 - 1er étage.

Hay Chrifa -Ain Chok - Casablanca

Tél. : 05 22 50 70 22 - GSM : 06 61 95 72 88

الدكتور بوشعيب الدياني

الطب العام. الفحص بالصدى  
تخطيط القلب. ختانة الأطفال

PHARMACIE DAKHLA  
91, Avenue Dakhla  
Hay Chrifa - Ain Chok - Casablanca  
Tél. : 05 22 50 10 82

شارع الدخلة. إقامة فضاء الشريفة عمارة A. الشقة 102  
الطابق الأول. حي الشريفة. عين الشق. الدار البيضاء  
العanon : 05 22 50 70 22. المحمول : 06 61 95 72 88

E-mail : dr.dyani@gmail.com

Casablanca, le ٢١/٢/٢٠٢٢ الدار البيضاء في

Nom & Prénom : Hame Chihab B aduda

|    |                   |               |  |
|----|-------------------|---------------|--|
| u  | 102 mg            | Amplcer 20 mg | LOT: 19037<br>PER: 08-2021<br>PPV: 102,00 DH |
|    | 49,40 x 4         | 1 g étoile    | 49,40  |
| 2. | Colfrax 4 mg      | 1 mois (5)    | 49,40  |
|    | 24 x 2 g          | apo           | 49,40  |
| 3. | 81,5 mg propramid | 1 an          | 84,50  |
|    | 401 mg            | apo           |  |
| 4. | Graprex 75 mg     | apo 8 ml      |  |
|    | 1 g étoile 1 g    | le 5 an 7 g   |  |

Prise  
à gouttes 15 le soir  
3 fois dans

Docteur Bouchaïb DYANI  
Médecine Générale

Bd Dakhla Résidence Espace  
Chilla, Im. A - Appt. 2 1er étage  
Hay Chicha-Aïn Chok-Casablanca  
Tel. 02 50 70 22 00 M. 061 95 72 88

**PHARMACIE DAKHLA**  
Dakhla  
91, Avenue  
Houssaini 1 - Casablanca

Houssaini  
22 50 10 82

588,10