

# 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
- 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 caractére 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

Nº P19- 047916  
*105-28588*

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **MF59** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

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 **Nº P19-047916**

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)  
**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  
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  
= 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 EFFECTUÉS 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'ORTHOPÉDIE  
- 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

DATE DE DEPOT



# MUPRAS

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

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883  
FAX : 91.26.52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS

N° 303400

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : SILLARE ABDELLATIF

Matricule : 4559 Fonction RETRAITE Poste :

Adresse : LOTTISSEMENT ENNAOUR RUE 12 N°7 H. HASSANI

Tél. : 0660903027 Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : SILLARE KALTOUN Age 05 10 17 60

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin : 28/02/2020

Nature de la maladie : Hipertension artérielle

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

A un le 28 de 2020 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

### VOLET ADHERENT

DECLARATION

N° 303400

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
28/02/2020	C		15000	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SEMLALI 1 <sup>er</sup> étage, Angle des Rues 11 et 1 Sid El Khadir Tél : 05.22.89.62.93	28/02/20	633,00
	09/03/20	

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
	28.02.2020	Zx3	130,00

## 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 canalaires 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 PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 G 35533411 B	21433552 00000000 00000000 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(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"/>

DOCTEUR Hind BENCHEIKH

Diplômée de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca

**Médecine Générale**

Échographie, E.C.G Nutrition

Médecin Agrée par le Ministère de la Santé  
Visite Médicale de Permis de Conduire



الدكتورة هند بن الشيخ

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

**الطب العام**

الفحص بالصدى، تخطيط القلب، التغذية

طبية معتمدة من طرف وزارة الصحة

الفحص الطبي لرخصة السياقة

PHARMACIE SEMI ALL  
Casablanca, le ...  
n°83, Angle des Rues 11 et 11  
Sidi El Khadir  
Tel. 05.22.89.62.93

28/02/2020 الدار البيضاء، في

SILLARF KARTONN

110,10.

- Evod 500 mg x 30

VIS

17,00 149) PTH

VIS

- Déf bazarante 30 ml

VIS

79,50 Enroflox 2 g x 10

VIS

69,00 Ringer Acetyl x 100 ml

VIS

h 33,00

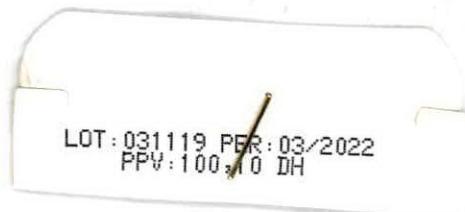
H. HIND BEN CHEIKH  
T. Médecine Générale, Echographie, Nutrition, I.  
Visite Médicale de Conduire  
Rue 16 N° 19 RDC - Sidi Kha.  
Hay Hassani - Casablanca  
Tél.: 05.22.91.59.02

19، تجزئة النور - زنقة 16 - الطابق السفلي - سيدى الخدير - الحي الحسني - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 91 59 02

19, Lotissement Nour - Rue 16 - RDC - Sidi Al Khadir - Hay Hassani - Casablanca - Tél.: 05 22 91 59 02

Pour  
**Ramo Pharm**  
4. Rue Al Oukhouane  
Beaujjour  
20200 - Casablanca

LOT 063989/FCY  
10/2022 PPC 79.50



# ORDONNANCE

Le

09/03/2020

SUJET KARTON

Mhi 34

- I SO x 10 S.V.

Agel / à mida

- Myobex S.V.  
Sypal

3700

12.00

OMZ 20

S.V.

Hind BENCHIKI  
In Générale : Echographies, Consultation, ECR  
Visite Médicale / Permis de Conduire  
Boulevard Rue 16 N° 19 RDC Sidi Khadir  
Hay Hassanni - Casablanca  
Tél: 05.22.91.53.02

PHARMACIE SEMLA  
n° 63, Angle des Rues 11 et 1  
El khadir  
Tél: 05.22.89.62.93

144.00

PPV :  
LOT :  
EXP :

381.00

144.00

LOT 19007  
PER 09/02  
PPV 1440H30

144.30



Casablanca, le 28/02/2020

IF : 2221555

Facture N° 878/02/2020

Nom patient : SILLARE KALTOUM

Examen(s) réalisé(s) : RX THORAX FACE

Date Examen(s) : 28/02/2020

Montant : 130 DH

Montant Produits : 0,00 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
MONTANT TOTAL :  
**CENT TRENTÉ DIRHAMS**



*Dr. O. Alami*

Spécialiste en Radiologie  
Lauréate de l'Université Nancy I  
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

*Dr N. Faris*

Spécialiste en Radiologie  
Lauréate de l'Université Nancy I  
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

28/02/2020

PATIENT : Mme.SILLARE KALTOUM  
 MEDECIN TRAITANT : DR HIND BENCHEIKH  
 EXAMEN(s) REALISE(s) : RX THORAX FACE

Cher Docteur,  
 Je vous remercie de nous avoir adressé votre patiente dont voici le résultat de l'examen.

### Rx THORAX FACE

- ❖ Silhouette cardio-médiastinale d'allure normale.
- ❖ Absence d'anomalie hilaire.
- ❖ Epaississement bronchique basal, para cardiaque droit.
- ❖ Culs de sac pleuraux libres.

### AU TOTAL

Bronchopathie.

Confraternellement

**DR N.FARIS**