

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## ique :

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.

## ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 canalaires.

## 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.

**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)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2416

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661 3347

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

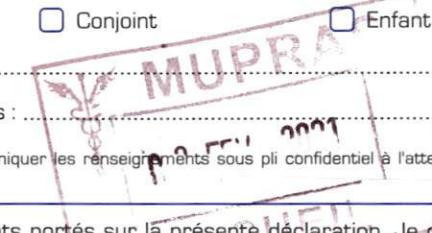


Date de consultation : ...../...../.....

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)  
SY = 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 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

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU

REVENTORIUM

EJOUR EN MAISON DE REPOS

ES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit  
actes répétés en plusieurs séances ou actes  
lobaux comportant un ou plusieurs échelons  
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 MU 030171

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : MARIOLM ABERLAHIM

Matricule : 7417 Fonction : Chef de cabine instructeur Poste :

Adresse : lot. YOUSRA Immeuble 126 Apt 3 linea

Tél. : 066 133 4705 Signature Adhérent :

## A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : M. MARIOLM ABERLAHIM Age 18 12 6 14

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : A

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

A le 20.11.20 Durée d'utilisation 3 mois Signature et cachet du médecin

## VOLET ADHERENT

DECLARATION MU 030171

Matricule N° :

Nom du patient :

Date de dépôt :

Montant engagé :

Nombre de pièces jointes :

MUPRAS



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant débâillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20/11/13	CS	1	30000	DR. KINETIC 2013-11-20 Signature Cas 15 Boukra - 00000004 00522005845 00158453000004
20/11/13	Reformes F2	1	20000	DR. KINETIC 2013-11-20 Signature Cas 15 Boukra - 00000004 00522005845 00158453000004

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE 250 Avenue de la Haie 78350 16/08/2020	20/11/20	702,60

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

The diagram shows a dental arch with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. A vertical line labeled 'H' is drawn through the center of the arch. To the right, a coordinate system is shown with the vertical axis labeled 'H' and the horizontal axis labeled 'D'. The quadrants are labeled with the following values:

Quadrant	Top-Left (H+, D+)	Top-Right (H+, D-)	Bottom-Left (H-, D+)	Bottom-Right (H-, D-)
Top-Left	25533412	21433552		
Top-Right	00000000	00000000		
Bottom-Left	00000000	00000000		
Bottom-Right	35533411	11433553		

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

**Dr Rachid EL KHETTAR**  
**PNEUMOLOGUE - ALLERGOLOGUE**

الدكتور رشيد الخطّار  
 اختصاصي في أمراض الرئة والحساسية  
 البالغين - الأطفال

**Cabinet d'Explorations Respiratoires**  
  
**Adultes - Enfants**

20/11/2020

Casablanca le : .....

MR MARHOUM ABDERRAHIM

164. 20x2  
 Lovenox 8000ui antixa/08ml  
 1 inj X 2 /j pendant 08j



87.00  
 relaxium 300  
 1 gel à midi pendant 15j



• Oroken 200 mg  
 1 , matin, soir, pendant 8 j (2 boites)

143,60  
 x2



102.60

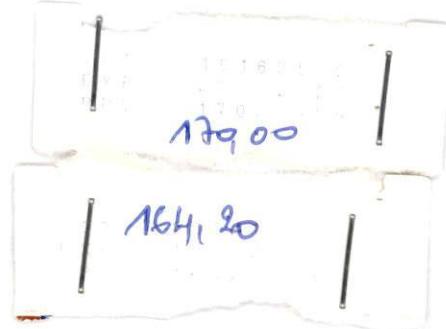
PHARMACIE SITRIJENNAI  
 25a Avenue monsieur Saleh A  
 Hay Hassan (Gellou) Casablanca  
 16. 05. 08 20 20 20

Sanofi-aventis Maroc  
 Route de Rabat -R.P.1  
 Ain seba Casablanca  
 Oroken 200 mg cp bel b 8  
 P.P.V : 143,60 DH

  
 6 118000 061069



Dr Rachid EL KHETTAR  
 Pneumorek  
 115, Rue Boukraa - Casablanca  
 Tel: 05 22 49 23 75  
 ICB: 001584533006041



**Résidence Houssam Jassim**

175,Rue Boukraa, Prés de l'Hôpital My Youssef - 3 ème Etage - Casablanca  
[https://192.168.1.25/pratisoft/v/9550\\_11669\\_rxprescription.html](https://192.168.1.25/pratisoft/v/9550_11669_rxprescription.html)

Tel: 0522 49 23 75 - 0675 35 24 35

E-mail : pneumorek@gmail.com

**Dr Rachid EL KHETTÀR**  
**PNEUMOLOGUE - ALLERGOLOGUE**

الدكتور رشيد الخطّار  
 اختصاصي في أمراض الرئة والحساسية  
 البالغين - الأطفال

**Cabinet d'Explorations Respiratoires**



20/11/2020

*Casablanca le : .....*

## Facture

MR MARHOUM ABDERRAHIM

Acte	QTE	Honoraire
Consultation	1	300,00 Dh
Radiologie thoracique Z12	1	200,00 Dh
<b>Total</b>		<b>500,00 Dh</b>

Arrêté la présente facture à la somme de :  
 cinq cents dirham(s)

Dr. Rachid EL KHETTÀR  
 Pneumorek  
 175, Rue Boukraa - Casablanca  
 Tel: 05 22 49 23 75  
 TCE: 01584533000641

### Résidence Houssam Jassim

175,Rue Boukraa, Prés de l'Hôpital My Youssef - 3 ème Etage - Casablanca  
<https://192.168.1.25/pratisoft/v9562/01584533000641>  
 Tel: 05 22 49 23 75 0675 35 24 35  
 E-mail : pneumorek@gmail.com

**Dr Rachid EL KHETTÀR**  
**PNEUMOLOGUE - ALLERGOLOGUE**

الدكتور رشيد الخطّار  
 اختصاصي في أمراض الرئة والحساسية  
 البالغين - الأطفال

**Cabinet d'Explorations Respiratoires**



20/11/2020  
 Casablanca le : .....

**MR MARHOUM ABDERRAHIM**

COMPTE RENDU DE LA RADIO THORACIQUE  
 SD BRONCHIQUE BASAL BILATERAL.  
 PETITE SURRELEVATION DE LA COUPOLE DIAPHRAGMATIQUE  
 DROITE

Dr. Rachid EL KHETTÀR  
 175, Rue Boukraa - Casablanca  
 Tel: 0522 49 23 73  
 0522 49 23 73

**Résidence Houssam Jassim**

175,Rue Boukraa, Prés de l'Hôpital My Youssef - 3 ème Etage - Casablanca  
<https://192.168.1.25/pratisoft/v/106751352435>  
 E-mail : pneumorek@gmail.com