

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

## Informations 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.

## Biologie 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 canaux, 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 canaux.

## 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° M21- 0037415

61723

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 429 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Touria Ben Ayane

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 ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-0037415

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 :

C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien	SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)	SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre	AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin	AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin	AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade	AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié	R-Z = Electro - Radiologie
PC = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie	B = Analyses
K = Actes de chirurgie et de spécialistes	

### 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                   | - LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES |
| - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL                    | - L'ORTHOPEDIE                    |
| - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM | - LA REEDUCATION                  |
| - SEJOUR EN MAISON DE REPOS                       | - LES ACCOUCHEMENTS               |
| - LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit         | - LES CURES THERMALES             |
| - d'actes répétés en plusieurs séances ou actes   | - LA CIRCONCISION                 |
| - globaux comportant un ou plusieurs échelonnées  | - LE TRANSPORT EN AMBULANCE       |
| - dans le temps.                                  |                                   |

### 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

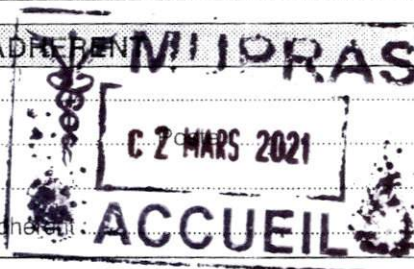
DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857 / 281  
FAX : 91.26.52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.r

FEUILLE DE SOINS 637935

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : .....  
Matricule : 429 ..... Fonction : .....  
Adresse : .....  
Tél. : ..... Signature Adhérent : .....



A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : BENHAYOUNE Farid Age [ ] [ ] [ ] [ ]  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin : 18-11-2020  
Nature de la maladie : rhume  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances .....  
A MPRK le 28/01/2021 Signature et cachet du médecin  
Durée d'utilisation 3 mois

Dr J. ELKAHIA  
Spécialiste O. R. L.  
366.92

VOLET ADHERENT

DECLARATION

637935

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





## RELEVÉ 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
13 11 2020	as		300 dh	Dr J. BELKADIA Spécialiste O. R. Rue Mohammed VI - Marrakech Téléphone : 03.66.92

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MOHAMED VI Nme DEBBAGH 100 Av. Palestine - Marrakech Tel: 05 24 30 28 18	19/11/20	7500

## 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
		AM	PC	IM	IV	

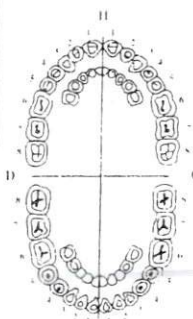
## VOLET ADHERENT

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

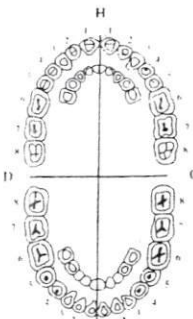
## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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 canaux, 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		
	H		
	25533412	21433552	
	D 00000000	00000000	G
	00000000	00000000	
	35533411	11433553	
	B		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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'EXECUTION

**Dr. Jamal Eddine BELKAHIA**

**SPECIALISTE O.R.L**

Maladies et chirurgie de l'oreille  
du nez et de la gorge

Pathologie Tumorale et carcinologie  
du Cou et de la face

Diplômé de la Faculté de médecine  
de Montpellier

**الدكتور جمال الدين بلقاهية**

اختصاصي في أمراض وجراحة

الأذن و الأنف و الحنجرة

اختصاصي في أورام العنق و الوجه

خريج كلية الطب بمونبيلي

19 11 2020

Mme Touria BENHAYOUNE

AGYRAX :

1 comprimé 3 fois/ jour \* 1 mois.



25,00 x3  
75,00

**Dr. J. BELKAHIA**  
Spécialiste O. R. L.  
4, Rue Mauritanie - Marrakech  
Téléphone : 83.66.92

**PHARMACIE MOHAMMADIA**  
N° 100 Av. Palestine - Marrakech  
Tél : 05 24 30 28 28

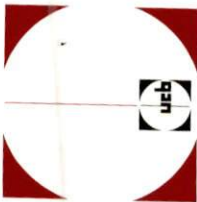
**Agyrax®** 30 comprimés

25,00

LOT 201582

EXP 06 2023

PPV 25 00



Molécule originale  
issue de la recherche U C B

**AGYRAX 25 mg**  
30 comprimés



6 118000 020691

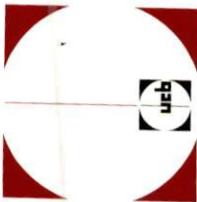
30 comprimés  
**Agyrax®**

25,00


LOT 201582

EXP 06 2023

PPV 25 00



Molécule originale  
issue de la recherche U C B

**AGYRAX 25 mg**   
30 comprimés



6 118000 020691

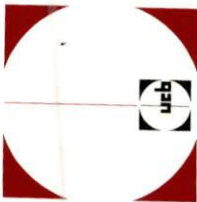
30 comprimés  
**Agyrax®**

25,00

LOT 201582

EXP 06 2023

PPV 25 00



Molécule originale  
issue de la recherche U C B

**AGYRAX 25 mg**  
30 comprimés



6 118000 020691