

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

## Instructions 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.

## Prothèse dentaire :

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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0034783

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1234567890 Société : .....

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : .....

Nom & Prénom : BELLAHI Samir

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- 34783

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 :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = 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 couvrant 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 kinsithérapeute
- 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

SEJOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit

des actes répétés en plusieurs séances ou actes

globaux comportant un ou plusieurs échelonnées 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 révenir 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 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83  
FAX / 05 22 91 26 52  
TELEX / 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

## FEUILLE DE SOINS MU 0034266

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : BELDAHE SANDR  
Matricule : 12340 Fonction : Chef de Depot Poste : Superviseur  
Adresse : 69 Avenue Nadi Ben Barka, Suisse, Rabat  
Tél. : 0661 18 51 47 Signature Adhérent :

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : BELMANI  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin : 01/03/2021  
Nature de la maladie : Abaissement audiotactique  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances :

A Rabat le 01/03/2021  
Durée d'utilisation 3 mois  
Signature et cachet du médecin

### VOILET ADHERENT

DECLARATION MU 0034266

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



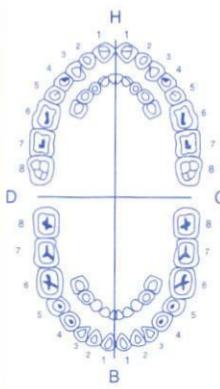
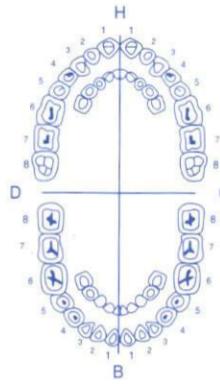
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
01/03/2018	CS		300 DH	 <b>Docteur Moussine</b> Dermato-Vénérologue Angle Av. 14-15 - Rue Oum Rable 33 54 00 77 77 77 77 77

[illegible]

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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

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

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES																																														
<p>Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.</p> <p>Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires ainsi que le bilan de l'ODF.</p>																																														
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																											
				<b>Coefficient DES TRAVAUX</b> <input style="width: 80px;" type="text"/>																																										
				<b>MONTANT DES SOINS</b> <input style="width: 80px;" type="text"/>																																										
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input style="width: 80px;" type="text"/>																																										
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input style="width: 80px;" type="text"/>																																										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																																													
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>H</span> <span></span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>25533412</span> <span>21433552</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>D</span> <span>G</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>35533411</span> <span>11433553</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span></span> <span>B</span> </div> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"> <b>(Création, remont, adjonction)</b>  Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </td> <td> <b>Coefficient DES TRAVAUX</b> <input style="width: 80px;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td> <b>MONTANT DES SOINS</b> <input style="width: 80px;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td> <b>DATE DU DEVIS</b> <input style="width: 80px;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td> <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input style="width: 80px;" type="text"/> </td> </tr> <tr><td colspan="3"></td><td></td></tr> <tr><td colspan="3"></td><td></td></tr> <tr><td colspan="3"></td><td></td></tr> <tr><td colspan="3"></td><td></td></tr> <tr><td colspan="3"></td><td></td></tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</td> <td style="text-align: center;">VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</td> </tr> </table>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>H</span> <span></span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>25533412</span> <span>21433552</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>D</span> <span>G</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>35533411</span> <span>11433553</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span></span> <span>B</span> </div>		<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>Coefficient DES TRAVAUX</b> <input style="width: 80px;" type="text"/>				<b>MONTANT DES SOINS</b> <input style="width: 80px;" type="text"/>				<b>DATE DU DEVIS</b> <input style="width: 80px;" type="text"/>				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input style="width: 80px;" type="text"/>																					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>H</span> <span></span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>25533412</span> <span>21433552</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>D</span> <span>G</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>35533411</span> <span>11433553</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span></span> <span>B</span> </div>																																													
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>Coefficient DES TRAVAUX</b> <input style="width: 80px;" type="text"/>																																										
				<b>MONTANT DES SOINS</b> <input style="width: 80px;" type="text"/>																																										
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input style="width: 80px;" type="text"/>																																										
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input style="width: 80px;" type="text"/>																																										
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																																										

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

**Docteur Mohssine GHFIR**

Ancien Spécialiste en Dermatologie à l'Hôpital  
Militaire d'Instruction Mohamed V de Rabat  
Dermatologue – Vénéréologue  
(Femme-Homme-Enfant)  
Spécialiste des Maladies de la Peau, des Cheveux,  
des Ongles  
Spécialiste des Infections sexuellement Transmissibles  
Chirurgie Dermatologique

**الدكتور محسن غفير**

طبيب سابق بالمستشفى العسكري محمد الخامس بالرباط  
أخصائي في الأمراض الجلدية والتناسلية  
(نساء، رجال، أطفال)  
أخصائي في أمراض الجلد والشعر والأظافر  
أخصائي في الأمراض المنقولة جنسيا وجراحة الجلد

Rabat, le..... 01.03.2021 في الرباط،

M. Samir BELDAH

Allostil

10 pulvérisations par jour  
le soir

**Docteur Mohssine GHFIR**  
**Dermato-Vénéréologue**  
Angle Av. Oqba, Rue Oum Rabie  
Agdal-Rabat  
Tél: 05 37 77 00 72 / GSM: 06 52 74 74 76