

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## diologie 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.

## tique :

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

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 - 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

Nº M21- 0050369

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

7076

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1264X Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Yd Khadir Iabd

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : ..... Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

### 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 Nº M21-050369

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)
- Y = 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 relèvent 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 l'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.

Ce bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous li confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOITALISATION EN CLINIQUE

HOITALISATION EN HOPITAL

HOITALISATION EN SANATORIUM OU

EVENTORIUM

JOUR EN MAISON DE REPOS

ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit  
ces répétés en plusieurs séances ou actes  
baux comportant un ou plusieurs échelons  
ns le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

- L'ORTHOPEDIE

- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS

- LES CURES THERMALES

- LA CIRCONCISION

- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

## EN CAS D'URGENCE

Actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit venir 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

CH



# 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 635816

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : EL KHADIRI HIND

Matricule : 11645 Fonction : Poste :

Adresse : 128, Res Marina Blanca DR BOYD

Tél. : 0661654161 Signature Adhérent :

## A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : MIKOU SALMA Age 21 AN 10

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin : 27/04/91

Nature de la maladie :

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

A ... CASA le 27/04/91 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

635816



## VOLET ADHERENT

### DECLARATION

Matricule N° : 11645 Nom du patient : MIKOU SALMA  
Date de dépôt : Montant engagé 118,00  
Nombre de nièces jointes : 1

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
27/4/21	5	1000	DR KHALID AMAR 72, Bd Zerktouni Elg 4, app 72 Casablanca, Tel: 05 22 47 17

## EXECUTION DES ORDONNANCES

let du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMONIE D'ARBOUZZA Arbouzza - Amina Jerrat BP 93 Tel: 3322 29 01 74 - Darbouza	27/4/21	868,60

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Chet et Signature du praticien et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Chet 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 demandés 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
<b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>
H	25533412	21433552		
D	00000000	00000000		
G	00000000	00000000		
B	35533411	11433553		
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
MONTANT DES SOINS				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				

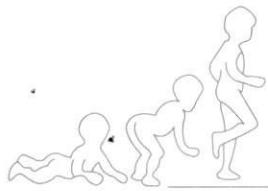
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Khalid AMAR**

**Pédiatre**

Spécialiste de l'Asthme  
et des maladies allergiques  
de l'enfant •



**الدكتور خالد عمار**

إختصاصي في أمراض الطفل  
أمراض الحساسية عند الطفل  
مرض الربو ( الضيقية )

Casablanca le ..... 27/04/2021 ..... الدار البيضاء في

**Enfant SALMA MIKOU**

Age : 10 ans et 5 mois

Poids : 38,000 Kg



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain seba Casablanca

Tetra xim inj b1 ser 1 dose

P.P.V : 134,60 DH



1 boite

6 118001 08072

1) MENACTRA SOL INJ

2) TETRAXIM SER PREREMPLIE FL 0.5ML

1 injection en IM

868.60

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain seba Casablanca  
MENACTRA 0.5 ML SOL  
INJ 1FL  
PPV : 734,00 DH



PHARMACIE DAR BOUAZZA  
7, ANZOUMI Amina  
Dar Bouazza Ouled M'hamed BP 93  
Tel : 0522 29 01 74 - Dar Bouazza  
Dr Khalid AMAR  
Pédiatre  
Casablanca. Tel : 0522 47 45 77

شارع الزقطوني الطابق الرابع. الرقم 12 . ( قرب سوق الورود ) 20140 الدار البيضاء

72, Bd Zerkouni. 4<sup>eme</sup> Etage, N° 12 (en face du marché aux fleurs) - 20140 - Casablanca

Tél. : 0522 47 45 72 - G.S.M : 0661 41 15 87 - E-mail : k.amar@menara.ma