

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

## Conditions générales :

- 1 Le cadre réservé à l'adhérent doit être correctement renseigné.
- 2 Le cadre réservé au médecin doit être correctement renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- 3 La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- 4 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.
- 5 En cas d'accident, une déclaration précise les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

- 1 Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- 2 Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Radiologie et Biologie :

- 1 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.
- 2 Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radiographie peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

- 1 L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

- 1 L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducation.

- 2 Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

- 1 En cas de prothèses ou de traitement canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

- 2 La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

- 3 La radio-après soin est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

## Maladie et Affection Longue Durée ALC et ALC :

- 1 La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les mois.

## Adresses Mail utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : peri@mupras.com     |
| 0 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 Farid et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horlog Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 0 45 45 (LG) - Fax : 05 22 28 18 - www.mupras.com



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>10697</u>	Société : <u>93580</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom et Prénom : <u>EL MENIAR HABIBA</u>			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :		Total de frais engagés : _____ Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	<u>Lilia BENASSA</u>		
Nom et prénom du malade :	<u>Lilia BENASSA</u>		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Copain	<input checked="" type="checkbox"/> 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 : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT	N° W21-666384	
Déclaration de maladie		Matricule : _____
Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.		Nom de l'adhérent(e) : _____
Coupon à conserver par 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 :

- 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 kinesithérapeute
- 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 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'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 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 : 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 1622648

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : EL DENIAR KAFI BA

Matricule : 10697 Fonction : C/C Poste :

Adresse :

Tél. : 0661869512 Signature Adhérent :

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Ben Aissa Lilia Age

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie :

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

A ..... le 15/10/2024 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

### VOLET ADHERENT

#### DECLARATION

1622648



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
2023-01-01	Consultation	1	150.00	INPI-2023-01-01 Echographie cardiaque et abdominale Médecin généraliste
2023-01-02	Consultation	1	150.00	INPI-2023-01-02 Echographie cardiaque et abdominale Médecin généraliste
2023-01-03	Consultation	1	150.00	INPI-2023-01-03 Echographie cardiaque et abdominale Médecin généraliste
2023-01-04	Consultation	1	150.00	INPI-2023-01-04 Echographie cardiaque et abdominale Médecin généraliste

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Code et Nom du Pharmacien ou du Courreisseur	Date	Montant de la Facture
Résidence Pharmacie ANF 102, Avenue de l'Europe 32, Anduze 30383 Rue Tel : 10203835	AS 11/12/2012	163,10

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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

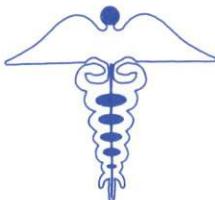
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature de

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement car ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

**Dr. Saïd HAJJI**  
Médecine Générale



Diplômé de la Faculté  
de Médecine de SFAX (Tunisie)  
Echographie Générale

الدكتور السعيد حجي  
الطب العام

خريج كلية الطب  
صفاقس - تونس  
الفحص بالصدى

Rabat , le ..... 15/10/2021

**FILLE BENAISSE LILIA**

36,40

- kopred 20mg

1 comprimés matin apres le ptt dej pendant 05jours

21,40

- BUTAMYL SIROP

93,40 1/2 cac matin midi et soir, pendant 10 JOURS

17,15

- CEFICO 100MG SIROP

1 pipette 20kg , matin, midi, soir, pendant 08 jours

- DOLIPEDIATRIQUE

1 pipette 20kg trois fois par jours pdt 04 jours

Votre prochain rendez-vous le 12/11/2021 à 10:00

*(Signature)*



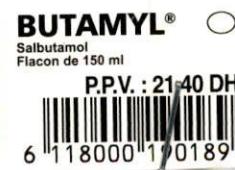
93,40



6 118000 083153



6 118000 083153



6 118000 170189