

# 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 canalaire, 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 canauxaires.

## 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



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

## Déclaration de Maladie

N° M21- 081038

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10551

Société : 101428

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HOC ABDELAHIM

Date de naissance :

Adresse :

Tél : 0661 318980

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° M21-81038

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 courante et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialités

- SF = Actes pratiques par la sage femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiques par la sage femme
- AMM = Actes pratiques par le masseur ou le kinésithérapeute
- AMI = Actes pratiques par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiques par un Orthophoniste
- AMY = Actes pratiques 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

L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE  
L'HOSPITALISATION EN HOPITAL  
L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU  
PREVENTORIUM

SEJOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit  
d'actes répétés en plusieurs séances ou actes

globaux comportant un ou plusieurs actes échelonnés  
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 Prevoyance 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 N° 032507

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : ESTOL ABDOURAHIM  
Matricule : 10531 Fonction : Secrétaire Poste : 414  
Adresse : Lake Malika Beni Moud 41  
Tél : 06 131 8996 Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : EL HOR ABDEGHANI Age : 1  
Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin :                       
Nature de la maladie : Aszye  
S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances :                       
A                      le 01.10.21  
Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin  
Dr. Abdelhak MENSEFFER  
Gynécologue - Obstétricien  
52, Bd. Zerktouni - Casa



## 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                     |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 28/12/21        |                   | 2                     | 413,60                          | Dr. Abdeljalil El Mansouri<br>Gynécologue - Obstétricien<br>52, Bd. Tadjoum - Casa |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE ELAMARI<br>99, Bd. Tadjoum - Casa<br>Tel: 05 22 27 56<br>99819027 - 62067866 | 28.12.21 | 413,60                |

## 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 |                                 |
|                                  |                 |        |    |    |    |                                 |

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

| SOINS DENTAIRES            | Dents traitées   | Nature des Soins | Coefficient |                         |   |  |          |          |  |            |          |   |          |          |  |          |          |  |  |   |  |                         |
|----------------------------|--|------------------|-------------|-------------------------|---|--|----------|----------|--|------------|----------|---|----------|----------|--|----------|----------|--|--|---|--|-------------------------|
|                            |  |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |   |  |          |          |  |            |          |   |          |          |  |          |          |  |  |   |  |                         |
|                            |  |                  |             | MONTANT DES SOINS       |   |  |          |          |  |            |          |   |          |          |  |          |          |  |  |   |  |                         |
|                            |  |                  |             | DEBUT D'EXECUTION       |   |  |          |          |  |            |          |   |          |          |  |          |          |  |  |   |  |                         |
|                            |  |                  |             | FIN D'EXECUTION         |   |  |          |          |  |            |          |   |          |          |  |          |          |  |  |   |  |                         |
|                            |  |                  |             |                         |   |  |          |          |  |            |          |   |          |          |  |          |          |  |  |   |  |                         |
|                            |  |                  |             |                         |   |  |          |          |  |            |          |   |          |          |  |          |          |  |  |   |  |                         |
|                            |  |                  |             |                         |   |  |          |          |  |            |          |   |          |          |  |          |          |  |  |   |  |                         |
|                            |  |                  |             |                         |   |  |          |          |  |            |          |   |          |          |  |          |          |  |  |   |  |                         |
|                            |  |                  |             |                         |   |  |          |          |  |            |          |   |          |          |  |          |          |  |  |   |  |                         |
|                            |  |                  |             |                         |   |  |          |          |  |            |          |   |          |          |  |          |          |  |  |   |  |                         |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                  |             |                         |   |  |          |          |  |            |          |   |          |          |  |          |          |  |  |   |  |                         |
|                            | <table border="0"> <tr> <td></td> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>00000000</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> |                  |             |                         | H |  | 25533412 | 21433552 |  | D 00000000 | 00000000 | G | 00000000 | 00000000 |  | 35533411 | 11433553 |  |  | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                            |  | H                |             |                         |   |  |          |          |  |            |          |   |          |          |  |          |          |  |  |   |  |                         |
|                            | 25533412   | 21433552         |             |                         |   |  |          |          |  |            |          |   |          |          |  |          |          |  |  |   |  |                         |
|                            | D 00000000   | 00000000         | G           |                         |   |  |          |          |  |            |          |   |          |          |  |          |          |  |  |   |  |                         |
|                            | 00000000   | 00000000         |             |                         |   |  |          |          |  |            |          |   |          |          |  |          |          |  |  |   |  |                         |
|                            | 35533411   | 11433553         |             |                         |   |  |          |          |  |            |          |   |          |          |  |          |          |  |  |   |  |                         |
|                            |  | B                |             |                         |   |  |          |          |  |            |          |   |          |          |  |          |          |  |  |   |  |                         |
|                            | (Création, remont, adjonction)<br>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 Abdeljalil LEMSEFFER

Gynécologue - Obstétricien

Ancien Chef de Clinique - Assistant  
des Hôpitaux de Tours(France)

الدكتور عبد الجليل المسفر

إختصاصي في أمراض النساء و الولادة

أستاذ مساعد ورئيس عيادة سابقا  
بالمركز الصحي الجامعي بتور ( فرنسا )



28/12/21

Casablanca, le

M. El H. M. M. M.

444,00



LOT: 2103022  
FAB: 03/2021  
EXP: 03/2024  
PUC: 264.000H

- Sp powder = 1g for 100g

- Sepa 500 = 1g, 2g, 3g (20)

74,80

413,80

PHARMACIE CHAWKI  
Dr. A. CHAWKI ELAMARI  
43 Lot Maknoul 2 26200 Deroua  
Tél: 05 22 53 27 56

74,80

Dr. Abdeljalil LEMSEFFER  
Gynécologue - Obstétricien  
Bd. Zerktouni - Casa

52, Bd. Zerktouni - Espace Erreda - CASABLANCA - الدار البيضاء - شارع الزرطوني

Tél.: 05 22 22 22 80 : الهاتف - Fax : 05 22 22 32 45 : الفاكس

E-mail : jlemseffer@gmail.com - En cas d'urgence, appeler le : 06 61 13 28 46