

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

### Conditions 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.

### Radiologie 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 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 AAC :

- 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](mailto:contact@mupras.com)  
 Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
 Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)

N° W21-694296

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : <b>3245</b>		Société : <b>206794</b>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	<i>Jouhai Maima</i>
Nom & Prénom :			
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 :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input 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 :** **Signature de l'adhérent(e) :** **Le :**



## Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- S** = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- NPSY** = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
  - = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- N** = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- D** = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- JD** = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- PC** = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
- C** = 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 proposée 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 échelonnements
- 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.com.ma](mailto:mupras@RoyalAirMaroc.com.ma)

FEUILLE DE SOINS N° 407565

**A REMPLIR PAR L'ADHERENT**

Nom & Prénom : Youshan Naim  
Matricule : 3145 Fonction : Retraitee Poste :  
Adresse : kel El Fodk  
Tél. : 0524 22 10 00 Signature Adherent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient: Ms. Naima Buhari Age

Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant   
Date de la première visite du médecin : 13 DEC. 2021

Nature de la maladie : 112

S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances .....

...    

A. Sidi Rahal, le 13 DEC 2021  
Durée d'utilisation 3 mois

Dr. SAMANIEWA  
Médecin Omnipraticien  
Signature officielle Mervem Sidi Rahal  
N°14 RDC, Avenue Sidi Rahal  
Province de Sidi Bel Abbès, Algérie  
Tél: 06 75 086 707

<b>VOLET ADHERENT</b>	
N°	0407565
DECLARATION	
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
13 DEC. 2021	CS	1	150,00	Dr. SAMANI Mhammed Medecin Omnipraticien N°14 RDC Lot. Meryem Sidi Rahal Province Berchid Tel. 06 75 086 707

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Commissaire	Date	Montant de la facture
 <b>EL HADI NAGGIM</b> Directeur de l' Pharmacie Tél: 0323820 06204591 Naggim	13-12-2021	2719,70

## ANALYSES - RADIographies

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du praticien	Dates des soins	Nombre				Montant détailé 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 canal ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	<b>H</b>	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	<b>G</b>
	<b>D</b>	00000000 00000000	00000000 00000000	<b>B</b>
			00000000 00000000	
			00000000 00000000	

G (Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

A dental arch diagram showing upper and lower arches. The upper arch has teeth numbered 1 through 7 from left to right. The lower arch has teeth numbered 7 through 1 from left to right. The teeth are represented by circles with numbers inside, and the arches are shown as U-shaped lines.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr.SAMANI Mhammed  
Omnipraticien  
Anc.Médecin Officier  
de la Marine  
Echographie  
Electrocardiographie



الدكتور سهانى محمد  
طبيب عام  
طبيب ضابط سابق  
في الملاحة البحرية  
الشخص بالصدى  
التخطيط الكهربائي للقلب

Tél : 06.49.12.40.78



Le: .../.../.....  
13 DEC. 2021  
Name: Jouhari Naima.

390,00x6

1/ Galvan 000002 20px 81/ x 66.

168,80

et fragment 1g 21/ x 8 25.

17,40

3/ Damoval 9050 20px = 1 app

30,70

4/ Kardelic fr 100

123,60

5/ Imexium 50mg

39,80

6/ Heparan 5000 50ml

2719,70



SAMANI Mhammed  
Médecin Omnipraticien  
N°1 RDC Lot. Meryem Sidi Rahal Chatii - Berecchid  
Tél: 06 75 083 707

طريق الطابق الأول تجزئة مريم سيدى رحال الشاطئي - برشيد  
N° 1,2 éme Etage ,Lot. Meryem Sidi Rahal Chatii - Berecchid

هيبانات

39,80 DH  
20 قرص  
Lot: X098L  
Per: 04-2024

A consommer de préférence avant fin :

Lot n°

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair briou al aquam roches  
noires casablanca  
INEXIUM

40 mg  
Boîte 14  
641/150MP/21NRL P.P.V: 123,60 DH  
6 118001 020607



6 118001 031092  
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV : 390.00 DH

LOT : 21E608  
PER : 02/2023  
KARDEGIC 75 MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70



6 118001 031092  
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV : 390.00 DH

PPV: 168,20 DH  
LOT: 645511  
PER: 05/22



6 118001 031092  
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV : 390.00 DH

181595 MA



6 118001 031092  
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV : 390.00 DH

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat

PPV: 17,40 DH

