

## 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 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

N° W21-705639

115565

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1308		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	702med
Nom & Prénom : LARABI		Date de naissance : 1948	
Adresse : 26 Rue LAHCEN OULD MESSAÏD		Tél. : 05 22 88 4722	
Total des frais engagés : Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	/
Nom et prénom du malade :	Age :
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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W21-705639
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 :

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 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 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   | - LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES |
| - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL  | - L'ORTHOPEDIE                    |
| - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU  | - LA REEDUCATION                  |
| - 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 échelons | - LES ACCOUCHEMENTS               |
| - dans le temps.  | - 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° 403140

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : .....  
 Matricule : ..... Fonction : ..... Poste : .....  
 Adresse : .....  
 Tél. : ..... Signature Adhérent : .....

## A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : ELBAHRI AMIRA Age : .....  
 Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin : .....

Nature de la maladie : APPERTIES OCULAIRES

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

A Casablanca, le 21/10/2002

Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin

## VOLET ADHERENT

DECLARATION	N° 0403140	MUPRAS
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
11/08/14	C S		300,00	 Dr. Mikhael Cassar M.D. +212 0522 47 15 4 cassar.mikhael@gmail.com

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
 <b>PHARMACIE JERRADA</b> 61, Bd Abderrahim Bouabid Oasis - CASABLANCA Tel: 23.55.44.99.99.18	21/01/2022	UV 1.00

## **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 détailé des honoraires
		AM	PC	IM	IV	
OPTIQUE BIOMÉTRIQUE LAIA EL MOUZZANI Opticien Optométriste 121, Bd El Anzarene Casablanca - Tel : 05 22 98 01 56 Fax : 00 212 40800384 - CNSS : 636519475 Tél : 00 17 69385000075	01/05/2014					9500,00 DT

## 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 canalaire 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 PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
		H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
		(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'EXECU

# CLINIQUE STENDHAL

STERILE A



2023-09  
2021-10  
625303

تاریخ اول فتح  
Date de première ouverture



3 662042 003295

Distribué au Maroc par :  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc  
N° Homologation Maroc :  
1573/2016/DMP/20/DM  
PPC : 147,00 DH

V276210MAB/0919

PHARMACIE JERRADA  
61, Bd. Abderrahim Bouabid  
Oasis - CASABLANCA  
Tel: 22.34.49.99.99.18

21 février 2022

Mme EL BAHI Amina



THEALOSE COLLYRE

1 goutte x4/jour dans les deux yeux, pendant 6 Mois

3 x 117.00

111.00



PHARMACIE JERRADA  
61, Bd. Abderrahim Bouabid  
Oasis - CASABLANCA  
Tel: 22.34.49.99.99.18

Dr Reda MILKOU  
Chirurgien Ophtalmologue  
18, Avenue Stendhal Casablanca 522 47 15 94  
E-mail: redamilkou@cliniquestendhal.com



PT191216114039

21 février 2022

**Mme EL BAHI Amina**

Monture + verres correcteurs progressifs  
Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

VL : OD = + 1.50

OG = + 1.50 (- 0.75 à 142°)

VP : ODG = Add : + 2.25

OPTIQUE BIR ANZARANE  
LAILA EL OUAZZANI  
Opticienne Optométriste  
121, Bd Bir Anzarane  
Casablanca - Tél. : 05 22 98 01 56  
IF : 40800384 - CNSS : 6355194  
ICE : 001769385000075

Dr Reda MOKOU  
Chirurgien Ophtalmologue  
18, Avenue Stendhal - Casablanca - Sc  
Tél. : (+212) 05 22 47 15 94  
E-mail : ophtalmologie@cliniquestendhal.com

# Optique Bir Anzarane

Laila EL OUAZZANI  
Opticienne Optométriste  
Diplômée de la C.E.S.O.A

121, Bd Bir Anzarane - Maârif  
Casablanca - Tél / fax: 0522 98 01 56

R.C.: 269616 - Patente: 35800177  
T.V.A.: 677134 - I.C.E.: 001769385000075

Casablanca, le

M.me

15] 3 | 202

EL Bahlia

Amine

0001680

Ordonnance de Mr. le Docteur:

Réda Mikon

Nos de nomenclature correspondants à la prescription	O. D. = ..... loin O. G. = .....  D.F. O. D. = ..... O. G. = .....	+1,50 (142°-0,75)41  près Réda O. D. = ..... O. G. = ..... +2,25 +2,25
--	--	---

## FOURNITURES:

Montures : ..... 1

2500,00

Verres : .....  
2 Verres Progressif  
ou sans gauze Hoya Blanche  
anti réflet filtre anti-  
lumière Bleue -

3500,00

3500,00

TOTAL

9500,00

La présente facture à la somme DH

Nou mille cinq cent  
DH

OPTIQUE BIR ANZARANE  
LAILA EL OUAZZANI  
Opticienne Optométriste  
121, Bd Bir Anzarane  
Casablanca - Tel: 05 22 98 01 56  
IF: 40800384 - C.N.S. 6355194  
ICE: 001769385000075