

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com  
 0 Prise en charge : pec@mupras.com  
 0 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-705635

118563

<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 type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Rehberihé
Nom & Prénom : Lachla Mohammed			
Date de naissance : 24/04/49			
Adresse : 24, rue Lahcen OMAR OASIS			
Tél. : 0522984722		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° W21-705635
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)
- 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
- D = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- C = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
- C = Actes de chirurgie et de spécialistes

- 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 remi 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 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'ORTHOPÉDIE
- 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

DATE DE DEPOT



# MUPRAS

Mutuelle de Prevoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 91.26.46/2649/2857/2883  
FAX : 91.26.52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail: mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS N° 403141

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

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

## A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : El Batti AMINA Age 26 DZ 67  
Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin : 8/6/2017

Nature de la maladie : RHUMATOLOGIQUE

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

A CASA, le 02 MARS 2022  
Durée d'utilisation 3 mois

Dr. Asmaa YACOUBI  
RHUMATOLOGUE  
MÉDECIN FONCTIONNELLE - NATUROPATHIE  
MICRONUTRITION - MÉDECINE DU SPORT  
Angle Bd. Sidi M'hamed (bd de Phare) et Av. de Nice  
Résidence Normandie 2, 2<sup>me</sup> étage, n° 36 86 - GSM : 06 62 37 80 50  
Signature et cachet du médecin

## VOLET ADHERENT

N° 0403141

DECLARATION  
Matricole 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
02 MARS 2022	C		500 DH	<p>Dr. ASMAO COUBI</p> <p>RHUMATOLOGIE</p> <p>MEDECINE FONCTIONNELLE ET SPÉCIALE</p> <p>MICROARTERIOTHÉRAPIE</p> <p>Angle Bd. Steinmessi (bd du phare) et Av. de Nice.</p> <p>Résidence Norvendie 2, 2<sup>me</sup> étage N° Casablanca</p> <p>Tél. : 05 22 36 36 36 - GSM : 06 62 37 80 50</p>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	2/3/2022	5760

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	



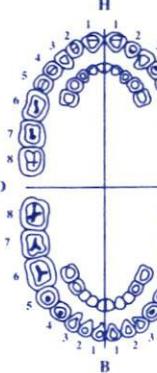
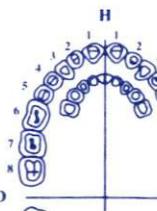
## VOLET ADHERENT

\* 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 canala ainsi que le bilan de l'ODF.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PPV  
LOT  
PER 28,80 D PER العط  
28,80

MATOLOGIE  
المادة أم ١

Dr. Asmaa YACOUBI HESSISSEN  
الدكتورة أسماء يعقوبي الحسيسن

MALADIES DES OS ARTICULATIONS ET COLONNE VERTÉBRALE  
MÉDECINE FONCTIONNELLE ET MICRONUTRITION  
RHUMATOLOGIE · NATUROPATHIE · MÉSOTHÉRAPIE

PHARMACIE JERRADA  
61, Bd Abderrahim Bouabid  
Oasis - CASABLANCA  
Tél.: 23.54.49 / 99.05.18

Casablanca, le : 02 MARS 2022

Trame  
El Batti Amina  
EP - LARAPSI .

① ~~Bandeauil fort~~ ~~AS~~  $2 \times 28.80$   
~~PHARMACIE JERRADA~~ ~~61 Bd Abderrahim Bouabid~~ ~~Oasis - CASABLANCA~~ ~~Tél.: 23.54.49 / 99.05.18~~ ~~57.60~~  
 1cp x 215 au milieu des repas x 1 mois .

② Nocicephol gel .  
1 appr x 215

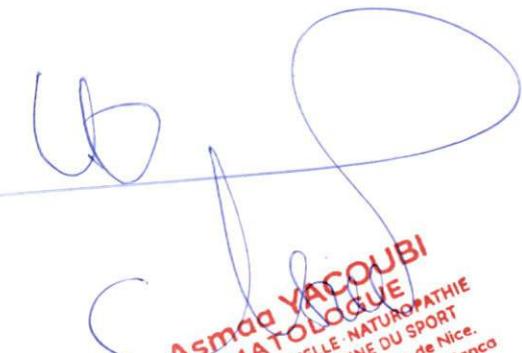
③ MYOBIL .  
2cp au dîner et le matin

④ HOWART FORTE  $1 \text{gel} \times 215$   
au milieu des repas .  
2 le matin .

⑤ Fleximax

I gel x 2lj au miliee  
des repas pdr 3n05.

⑥ Bandes Velpeau (8cm)



Dr. Asmaa YACOUBI  
RHUMATOLOGUE  
MÉDECINE FONCTIONNELLE - NATUROPATHIE  
MICRONUTRITION - MÉDECINE DU SPORT  
Angle Bd. Sijelmassi (bd du Phare) et Av. de Nice.  
Résidence Normandie 2, 2<sup>me</sup> étage, N° Casablanca  
Tél. : 05 22 36 36 86 - GSM : 06 62 37 80 50