

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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)

M22- 0020511

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9567

Société :

RAN. 127682

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OMRANA LABBI

Date de naissance : 16/12/1967

Adresse : 39, Rue Hal Dimaia Im 38 Bourgogne

CDFA

Tél. : 056113186162 Total des frais engagés : 2700 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/8/22

Nom et prénom du malade : OMRANA LABBI Age : 22 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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.

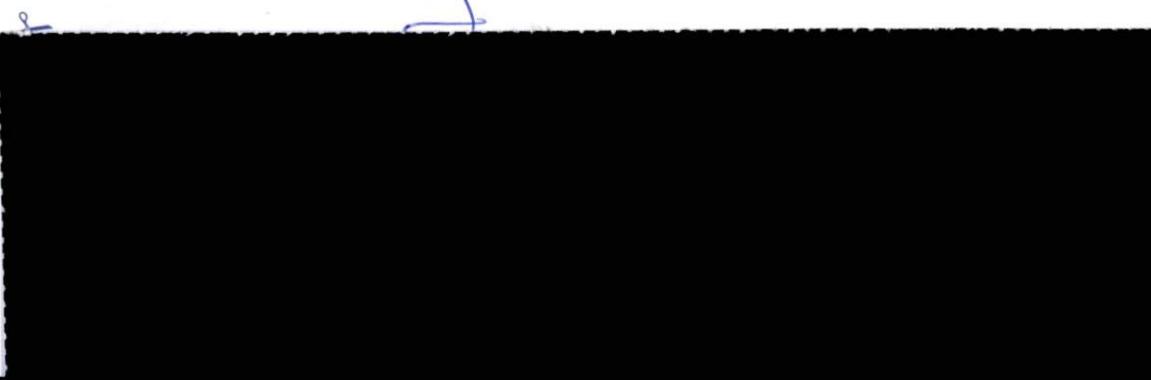


J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 31/8/22

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :



## 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant 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	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
MONTANTS DES SOINS				
DEBUT D'EXECUTION				
FIN D'EXECUTION				
CŒFFICIENT DES TRAVAUX				
MONTANTS DES SOINS				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				

O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE										
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">H</td> <td style="width: 40%;">25533412 21433552</td> </tr> <tr> <td>-----</td> <td>00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td>-----</td> <td>35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td> </td> </tr> </table>	H	25533412 21433552	-----	00000000 00000000	D	00000000 00000000	-----	35533411 11433553	B	
	H	25533412 21433552									
	-----	00000000 00000000									
D	00000000 00000000										
-----	35533411 11433553										
B											
[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

# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

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

C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien  
 CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)  
 CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre  
 V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin  
 VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin  
 VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade  
 VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié  
 PC = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie  
 K = 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 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 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

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 1621182

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : OMARANA Larbi  
 Matricule : 9567 Fonction : Commandant Poste : FAR  
 Adresse : 39, Rue Abdellatif Ben Yousfi im 38 Bourgogne.  
 Tél. : 0661-1386 (1) Signature Adhérent :

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : OMARANA Larbi Age   
 Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant   
 Date de la première visite du médecin :  
 Nature de la maladie : Presbytie  
 S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances  
 A ....., le ..... 31/08/2022  
 Durée d'utilisation 3 mois

Signature du praticien  
 Dr. MECHICHE Alami Anissa  
 Ophtalmologue  
 Zentouni - Casablanca  
 231, Bd. Zentouni - Casablanca  
 Tel: 05 22 94 32 68/88

### VOLET ADHERENT

DECLARATION 1621182 MUPRAS  
 Matricule N° : 9567  
 Nom du patient : Larbi  
 Date de dépôt : 31/08/2022  
 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
31 AOUT 2022	CS + FO		300 DH	DR. MECHICHE HASSAN Ophtalmologiste 237, Bd. Zertkouni - Casablanca Tél.: 05 22 94 32 68/88

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
SBIQUI OPTICAL STORE RC 409488 - PT. 35600542 ICE 000556440000062	31/08/2022	2500,- M

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX



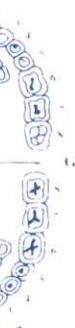
## VOLET ADHERENT

\* 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

#### VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Anissa Mechiche-Alami**

Ophtalmologiste

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux

Diplômée de la Faculté de Médecine de Montpellier

237, Bd. Zerkouni  
Résidence Al Kheir, 2<sup>ème</sup> Étage  
Casablanca  
Tél.: 05.22.94.32.68 - 05.22.94.32.69

**الدكتورة أنيسة أميشيش العلمي**

إخلاصية في أمراض و جراحة العيون

خريجة كلية الطب بمونبولي

237، شارع الزرقطوني

إقامة الخير، الطابق الثاني

دار البيضاء

الهاتف 05.22.94.32.69 - 05.22.94.32.68

Casablanca, le .....

31 AOUT 2022

دار البيضاء في

OMRANA

Levbi

- lenses from VP

OD = +1,75

OS = +1,75

SBIQUI OPTICAL STORE  
RC 409488 - PT 35600542  
ICE 000556440000062

Dr. MECHICHE /Alami Anissa  
Ophtalmologiste  
237, Bd. Zerkouni - Casablanca  
Tel.: 05 22 94 32 68/88

# SBIQUI OPTICAL STORE

Casablanca, le 31/08/2022.

**FACTURE N°** 102.122

M

# ONRANA

Castri

OD : +1.75

OG : +1,75

Add:

Montant en lettre :

Dcea mille cinq cents denars

Total :

2500,-<sup>NOK</sup>

Cachet

**SBIQUI OPTICAL STORE**

~~RC 409488 - PT. 35600542~~

**ICE 000556440000062**