

## 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

N° W21-764517

132994

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>8939</b>	Société : <b>RATI</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>HASSAN EL POSTAFA</b>			
Date de naissance : <b>13/10/1965</b>			
Adresse : <b>51 LOT HASSEN EL POSTAFA CASABLANCA</b>			
Tél. : <b>0670.273881</b>			
Total des frais engagés : <b>150 + 340,20 = 490,20 Dhs</b>			

Autorisation CNDP N° : AA-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : <b>06/09/22</b>	Nom et prénom du malade : <b>HASSAN EL POSTAFA</b>
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Age : <b>18 ans</b>	
Enfant : <input type="checkbox"/>	
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.	

**ACCUEIL**  
**06/09/22**  
**MUPRAS**

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 : **06/09/22**

### 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
				INP : [REDACTED]

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

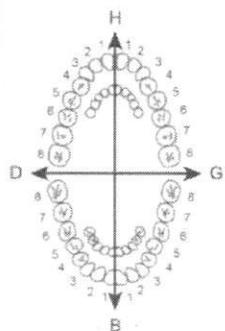
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

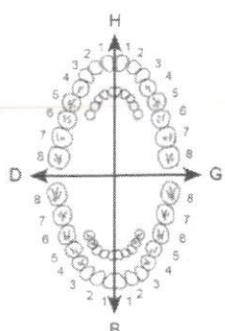
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

# 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)
- Y = 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 couvrant et de petite chirurgie
- = 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 l'adressera 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 au de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous enveloppe confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU EVENTORIUM

JOUR EN MAISON DE REPOS

ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes réalisés au cours d'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 venir 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 / 2857 / 2883  
FAX / 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

## FEUILLE DE SOINS

N°

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : HAFID El DOSTAFA  
Matricule : 8939 Fonction : Agent Poste :  
Adresse : 57 Lot HAS PASEH Casablanca  
Tél. : 0670273881 Signature Adhérent : D

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Hafid Ayoub Age :   
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin :

Affect, entorse

6/9/2022

Nature de la maladie :

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

Case, le 6/9/2022

Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin  
Dr. F.Z. MOUSSAOUI  
Hospital  
Appt 4 - Ours - Casa

### VOLET ADHERENT

#### DECLARATION

N°

Matricule N° : \_\_\_\_\_  
Nom du patient : \_\_\_\_\_  
Date de dépôt : \_\_\_\_\_  
Montant engagé : \_\_\_\_\_



## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

les s	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
6/03/2022	C	150 Dh		<b>Dr. K. MOUSSAOUI</b> <b>HAJ HAMMOUD</b> Lottissement Zouhour - Imm 1121 Appt 4. Oulja - Casa

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Nom du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE D'ATTIER</b> 149 B Lotissement Haj Fabes S. Lissasfa Casablanca Tel 0631-11-0037 g	06/09/92	340,20

## **ANALYSES – RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## VOLET ADHERENT

t entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs demandés 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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. F. Z. Moussaoui

MEDECINE GENERALE

Lotissement Zoubir  
(Gpe. Addoha), Imm. 112 I  
Appartement 4 Ooulfa - Casa  
Tél. : 05 22 93 41 48

الدكتورة فاطمة الزهراء موساوي

الطب العام

تجزئة الزبير  
(مجموعة الضعى) عمارة  
112 I شقة 4 الألفة  
الهاتف : 05 22 93 41 48

إكزوميدين®  
 محلول

AH100

le 6/9/2022 الدار البيضاء، في

Hafid Aysub

1) Hexomedine solu®

14,00 2 x 1S

PHARMACIE DATTIER  
149 R Lotissement Haj Fath 5  
Lissasfa - Casablanca  
Tel 0631-17-0679

LOT: 220370  
PER: 04-2025  
PPV: 25,00DH

PPV 116DH40  
LOT 230152  
EXP 04/2024

116,40

Coccidijs pole  
1appel x 2ij

x 6ij

Fluxapen 500 mg = Fluxam  
2 gel x 2ij

LOT : 8157  
UT. AV : 03-25  
P.P.V : 22 DH 40

LOT: 211344  
PER: 10-2023  
PPV: 70,00DH

99,40 x 2

Canaducon 150 mg (x2)  
1 gel/sem

LOT : 8157  
UT. AV : 03-25  
P.P.V : 22 DH 40

LOT: 211344  
PER: 10-2023  
PPV: 70,00DH

70,00 x 2

Tegumis pole (x 26.)

1appel x 2ij

340,20 puis 1appel/j

Dr. F.Z. MOUSSAOUI  
H.J. HAMOUD  
Lotissement Zoubir, Imm. 112  
Appart. 4 Ooulfa - Casa